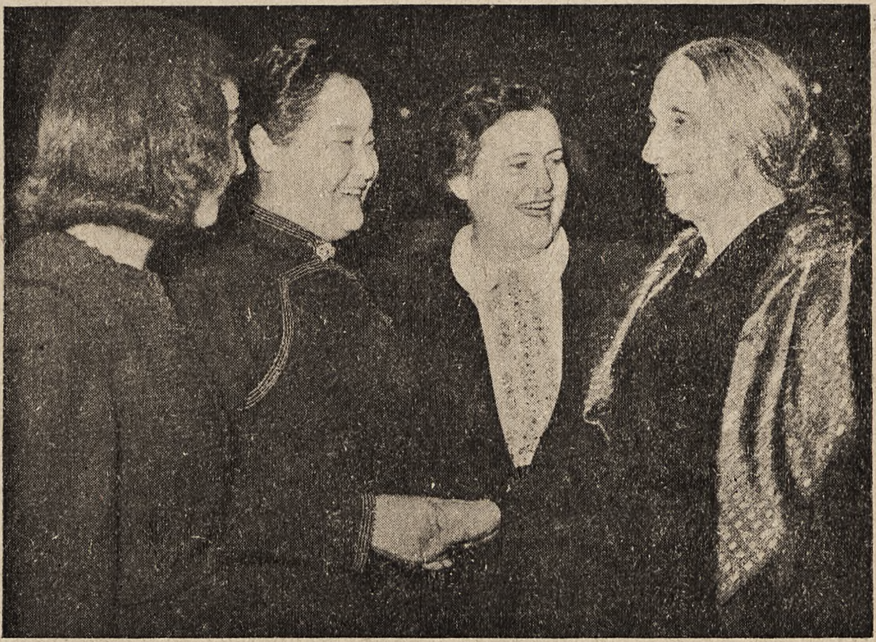
PIELĘGNIARKA polska



Przedstawicielki narodów radzieckich, francuskiego i chińskiego na Kongresie Narodów w Obronie Pokoju w Wiedniu.

Rok 6 (XVII)
1953
Nr. 1
STYCZEŃ
PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH
Cena 1,50 zł

PSSZ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, dr Domańska Irena, Godlewski Mieczysław, dr Kobierska Halina, dr Kordecki Roman, dr Rożniatowski Tadeusz, Stachowska Maria, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Przekazano do PPK „Ruch" dn. 2.II.53 r.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) | Styczeń 1953 | Nr 1

WSZYSTKIM NASZYM KOLEŻANKOM

CZYTELNIKOM I WSPÓŁPRACOWNIKOM

Z OKAZJI

NOWEGO ROKU

SERDECZNE ŻYCZENIA

SKŁADA

REDAKCJA

O POKÓJ MIĘDZY NARODAMI

Grudzień 1952 roku był miesiącem dalszego potężnego wzrostu sił ruchu obrońców pokoju. Najważniejszymi wydarzeniami na froncie walki o pokój były: rozpoczęty dnia 12 grudnia Kongres Narodów w Obronie Pokoju i opublikowane 25 grudnia odpowiedzi Józefa Stalina na pytania Jamesa Restona, korespondenta nowojorskiej gazety „New York Times".

Kongres Narodów w Obronie Pokoju w Wiedniu był widomym świadectwem, jak — zainaugurowany przed pięciu laty kongresem intelektualistów we Wrocławiu-Ruch w Obronie Pokoju okrzepł, spotężniał, jak ogarnął miliony prostych ludzi, którzy gotowi są obecnie nie prosić o pokój, lecz żądać pokoju, którzy gotowi są walczyć o trwały pokój między narodami świata.

Napróżno imperialistyczna propaganda usiłowała przedstawić ruch obrońców pokoju jako „imprezę propagandy komunistycznej", napróżno koła watykańskie usiłowały oszkalować, potępić, wykląć organizatorów i uczestników Kongresu Narodów, naprózno satelickie rządy usiłowały storpedować Kongres przez odmowę paszportów i wiz dla delegatów, naprózno kierownictwa różnych skorumpowanych partii politycznych zabraniały swym członkom udziału w Kongresie. Wszystko daremnie. Na Kongres przybyli delegaci 100 krajów, ludzie różnych poglądów, wyznań, ras, klas społecznych i zawodów — wszyscy jednako ożywieni głębokim przekonaniem, że o pokój można i trzeba walczyć, że o pokój warto walczyć.

Na Kongresie Wiedeńskim widzieliśmy nie tylko znanych bojowników, lecz i szereg ludzi nowych w ruchu pokojowym, ludzi, którzy do niedawna jeszcze stali na uboczu, a czasem nawet odnosili się do ruchu niechętnie. Obok komunistów siedzieli konserwatyści, obok robotników — przemysłowcy i kupcy, obok ateistów — działacze religijni i kapłani różnych wyznań. Na Kongresie ściskali się serdecznie Amerykanie i Koreańczycy, Francuzi i Vietnamczycy, ludzie biali, czarni i żółci. Obcy jeszcze niedawno ruchowi pokoju pisarz-dramaturg francuski, Jean Paul Sartre, powiedział w pierwszym dniu obrad:

> „Rzeczą nową i najwspanialszą na tym Kongresie Pokoju jest to, że skupił on ludzi, a nie dyplomatów czy ministrów, *po prostu* ludzi. Zjednoczyliśmy się na tym Kongresie nie tak, jak to bywało, *mimo* naszego pochodzenia, lecz właśnie *wskutek* naszego pochodzenia. Zjednoczyliśmy się dlatego, że wy jesteście Niemcami, wy Vietnamczykami, a ja Francuzem".

Kongres napiętnował wojny toczone obecnie przez imperialistyczne rządy w Korei, Vietnamie i na Malajach, domagał się zaprzestania zbrojeń, wezwał mocarstwa do zawarcia Paktu Pięciu. Jednym z ważniejszych problemów była sprawa utworzenia zjednoczonych, demokratycznych, pokojowych Niemiec. Ostatnim wspaniałym akordem Kongresu było przyznanie Nagród Stalinowskich **za umocnienie pokoju** między narodami najbardziej zasłużonym działaczom pokojowym.

Należy podkreślić, iż przez wszystkie wystąpienia, referaty i przemówienia przewijała się myśl, że państwa i narody mogą owocnie ze sobą współpracować, niezależnie od różnic w strukturze społeczno-ekonomicznej.

Pamiętamy żywo wypowiedź Stalina:

> „Pokojowe współistnienie kapitalizmu i komunizmu jest całkowicie możliwe, jeżeli istnieje obopólna chęć współpracy oraz gotowość wykonywania przyjętych zobowiązań, jeśli przestrzegana jest zasada równości i niewtrącania się w wewnętrzne sprawy innych państw".

Opublikowane przed kilku dniami odpowiedzi Stalina na pytania korespondenta „New York Times" potwierdzają raz jeszcze pokojowe cele polityki radzieckiej, wypływające z przekonania o możliwości pokojowego współistnienia i współżycia pomiędzy państwami kapitalistycznymi a państwami socjalistycznymi.

„W dalszym ciągu wierzę, — mówi Józef Stalin — że wojny między Stanami Zjednoczonymi Ameryki, a Związkiem Radzieckim nie można uważać za nieuniknioną, że nasze kraje mogą również nadal żyć w pokoju".

Nasza Ojczyzna jest poważnym ogniwem w światowym froncie walki o pokój. Chlubimy się, że nasza polityka zagraniczna i wewnętrzna, że wysiłki naszych dyplomatów i górników, uczonych i artystów, młodzieży i kobiet skierowane są niezmiennie ku najważniejszemu dziś celowi— ku utrwaleniu pokoju. Nasza serdeczna przyjaźń ze Związkiem Radzieckim i krajami demokracji

ludowej, nasza coraz bardziej zacieśniająca się przyjaźń i współpraca z Niemiecką Republiką Demokratyczną, nasza działalność na forum ONZ — wszystko to służy sprawie utrzymania i umocnienia pokoju między narodami.

Szszególnie wielkim wkładem w dzieło umocnienia pokoju jest wysiłek produkcyjny naszej klasy robotniczej, która z honorem wykonuje gigantyczne zadania naszego Planu 6-letniego. Lud pracujący naszego kraju zdaje sobie sprawę, że każda tona węgla i stali, każda nowa obrabiarka i każdy nowo wyprodukowany mikroskop jest naszym głosem, który oddajemy za pokój. Dla sprawy pokoju trudzi się murarz i lekarz, pielęgniarka i nauczyciel, bo do nas także odnoszą się słowa Stalina, o tym, że interesy ZSRR „są w ogóle nieodłączne od sprawy pokoju na całym świecie". I nasze interesy, interesy Polski Ludowej, są nieodłączne od sprawy pokoju na całym świecie.

Jest dla nas przedmiotem słusznej dumy i to, że w wyborach do Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej odniósł wspaniałe zwycięstwo Front Narodowy, który jako naczelne hasło postawił walkę o pokój i wykonanie Planu 6-letniego.

Naród nasz, który przeżył okropności wojny i okupacji, który krwią najlepszych swych synów i córek okupił wyzwolenie narodowe i społeczne jest obecnie — jak nigdy przedtem — jednomyślny i gotów na każdy wysiłek dla ocalenia pokoju, dla obrony naszych świętych granic, wolności i niepodległości. Dlatego dziś u progu nowego 1953 roku, czwartego roku Planu 6-letniego, niech nie zabraknie nikogo w zgodnym wysiłku, niech praca nasza pójdzie raźniej, lepiej, wydajniej. Niech robotnik w fabryce, chłop na roli, uczony w pracowni, pielęgniarka w szpitalu czy przychodni osiągną jeszcze lepsze wyniki pracy, niech podniosą na wyższy poziom socjalistyczną dyscyplinę i socjalistyczny stosunek do pracy, pamiętając, że pomnażają w ten sposób siły naszej Ludowej Ojczyzny, że umacniają w ten sposób światowy ruch obrońców pokoju, że budują lepsze jutro dla naszego kraju i dla wszystkich ludzi świata.

Pod przewodem mózgu naszego narodu — Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, pod przewodem ukochanego wodza nardu, Prezesa Rady Ministrów, Bolesława Bieruta, osiągnie nasz naród nowe sukcesy w walce o pokój, o Plan 6-letni, o socjalizm. I to będzie nasz realny wkład w sprawę umocnienia pokoju między narodami, w realizację uchwał wiedeńskiego Kongresu Narodów w Obronie Pokoju.

Stalin z nami, pokój zwycięży!



Delegatka Chińskiej Republiki Ludowej Sun - Jat - Sen przemawia na Kongresie Narodów w Obronie Pokoju w Wiedniu.

JADWIGA BELOŃSKA
Nacz. Wydz. Min. Zdrowia

Właściwa droga do awansu

Na obecnym etapie rozwoju gospodarki narodowej: przemysłowej i rolniczej—w okresie wzmożonej troski o zdrowie człowieka pracy, zapotrzebowanie na kadry średniego personelu medycznego, w szczególności zaś na kadry pielęgniarskie, stało się pilnym i poważnym problemem.

Dopływ nowych kadr, rekrutujących się z 2-letnich szkół pielęgniarstwa, nie zaspokaja rosnących potrzeb służby zdrowia. W tych warunkach koniecznością i dużym krokiem naprzód w kierunku ilościowego uzupełnienia kadr — było zorganizowanie kursów PCK dla młodszych pielęgniarek oraz rozwiązanie problemu pielęgniarek przyuczonych, które drogą długoletniej praktyki zdobyły wiadomości praktyczne w zakresie pielęgnowania chorych, a natomiast posiadają duże braki w zakresie teoretycznym. Zagadnienie awansowania pielęgniarek przyuczonych i młodszych pielęgniarek reguluje dekret z dn. 21. IX. 1950 r. „O przejściowym trybie nabywania uprawnień pielęgniarki (pielęgniarza)".

Art. 2 wymienionego dekretu brzmi: „Do egzaminu mogą być dopuszczone osoby które:

1) posiadają wykształcenie na poziomie 7 klas szkoły podstawowej,
2) ukończyły 20 lat, a nie przekroczyły 50 lat życia,
3) korzystają z pełni praw obywatelskich,
4) posiadają nieskazitelną przeszłość i wykazują odpowiednią postawę społeczną,
5) posiadają odpowiednie warunki fizyczne,
6) były zatrudnione w zakładach leczniczych przy pielęgnowaniu chorych:
   a) przez okres 5 lat, a ponadto ukończą 3-miesięczne kurs szkoleniowy,
   b) przez okres 3 lat, w tym po 6 miesięcy na oddziałach szpitalnych — wewnętrznym, chirurgicznym i pediatrycznym oraz w ośrodku zdrowia, a ponadto ukończyły zorganizowany przez Polski Czerwony Krzyż, bądź przez służbę zdrowia wojskową lub bezpieczeństwa publicznego 6-miesięczny kurs dla młodszych pielęgniarek, albo
   c) przez okres 2 lat po uprzednim ukończeniu 6-miesięcznego kursu dla młodszych pielęgniarek, zorganizowanego przez Stowarzyszenie „Polski Czerwony Krzyż" bądź przez służbę zdrowia wojskową lub bezpieczeństwa publicznego, jeżeli zatrudnienie było połączone z systematycznym doszkalaniem w zakresie wiadomości teoretycznych,
   albo też:
   d) przez okres 2 lat po uprzednim ukończeniu za granicą szkoły pielęgniarstwa, obejmującej najmniej 1-roczne nauczanie, a ponadto ukończą 3-miesięczny kurs szkoleniowy."

Konieczność posiadania wykształcenia z zakresu 7 klas szkoły podstawowej uzasadniona jest charakterem kursu, o programie zawierającym przedmioty teoretyczne, bez znajomości których zarówno ukończenie kursu jak późniejsza samodzielna praca byłyby niemożliwe.

Krótki okres trwania kursu nie obejmuje — rzecz jasna — całości wyszkolenia pełnokwalifikowanej pielęgniarki — uzupełnia jedynie jej wiadomości zdobyte drogą praktyki.

Najczęściej mylnie jest interpretowany pkt 6 dekretu, który określa czas i warunki praktyki. Praca wyłącznie w lecznictwie otwartym jak: w ośrodku zdrowia, Pogotowiu Ratunkowym, higienie szkolnej, ambulatorium itp. — jako jednostronna — nie może być podstawą kwalifikacji praktycznych pielęgniarki, nie obejmuje bowiem najbardziej zasadniczych zagadnień i umiejętności z zakresu pielęgnowania chorych.

Mylna interpretacja sformułowania „zatrudnione przy pielęgnowaniu chorych" zmusiła

Ob. Ministra Zdrowia do unieważnienia w trybie nadzoru świadectwa wydanego pielęgniarce, zatrudnionej wyłącznie w lecznictwie otwartym — cytuję dosłownie uzasadnienie owej decyzji Ob. Ministra:

„W myśl art. 2 ust. 1 pkt. 2 i pkt. 6 lit. a dekretu z dnia 21.IX.1950 r. zasadniczym warunkiem dopuszczenia ob. D. A.*) do egzaminu było zatrudnienie w zakładach leczniczych przy pielęgnowaniu chorych przez okres lat pięciu. Z zawartych natomiast w aktach dowodów wynika, że ob. D. A. pracowała wyłącznie w placówkach lecznictwa otwartego i nie była zatrudniona przy pielęgnowaniu chorych, jak tego wyraźnie wymaga wyżej cytowana ustawa".

Ta decyzja stanowi akt prawny, będący ostrzeżeniem przed tendencjami wulgaryzowania pojęcia awansu społecznego z równoczesnym pogwałceniem nienaruszalnych zasad praworządności Państwa Ludowego.

Jedynie praktyka na różnych oddziałach szpitalnych umożliwia pielęgniarce przyuczonej zapoznanie się z jednostkami chorobowymi oraz umiejętnością pielęgnowania w każdej chorobie. Jednostronna praktyka szpitalna (np. na oddziale laryngologicznym czy innym) specjalizuje wprawdzie pielęgniarkę w danym zakresie, ale nie może dawać gwarancji jej pełnej przydatności na innych oddziałach. Wymagania wszechstronnej praktyki pielęgniarskiej pozostają z jednej strony w ścisłym związku z uprawnieniami, jakie otrzymują absolwentki państwowego kursu pielęgniarskiego, który niczym się nie różni od uprawnień, jakie otrzymują absolwentki 2-letnich szkół pielęgniarstwa, a z drugiej — podyktowane są dążeniem do utrzymania przeciętnego poziomu kadr fachowych.

Tow. Bierut na VII Plenum powiedział, że Polska Ludowa potrzebuje kadr kulturalnych i kwalifikowanych, mogących skutecznie posługiwać się techniką i umiejących brać od tej techniki wszystko, co ona dać może. Rosnący postęp nauk medycznych, czego dowodem są wspaniałe wyniki i osiągnięcia medycyny radzieckiej, stawia również przed polskimi kadrami średniego personelu medycznego obowiązek stałego pogłębiania swoich wiadomości, rozszerzania horyzontów naukowych i podnoszenia swego poziomu do jak najwyższej jakości.

Przełom w służbie zdrowia, który nastąpił u progu Planu 6-letniego i postawienie jej na usługi mas pracujących, nakłada na nas jeszcze większy obowiązek dbałości o jakość kadr. Uprzemysłowienie kraju, socjalizacja wsi — owoc ogromnego wysiłku wszystkich najlepszych elementów w społeczeństwie — zobowiązują nas do postawienia służby zdrowia na usługi budowniczych socjalizmu w naszym kraju — nie wolno więc spłycać wymagań w stosunku do pielęgniarstwa.

Troska o jakość świadczeń pielęgniarskich w zakładach służby zdrowia wobec zdarzających się dość często wypadków niezgodnej z wyżej cytowaną ustawą rekrutacji na kurs do egzaminu pielęgniarskiego, zmusiła czynniki odpowiedzialne za poziom kadr do przeprowadzenia ścisłej kontroli zakwalifikowanych, względnie przebywających na kursach kandydatek. Wynikiem tego było wycofanie z kursów pewnej liczby słuchaczek. Ponieważ termin wykonania wspomnianego dekretu upływa dopiero 31 grudnia 1958 roku — wycofanie z bieżących kursów kandydatek nieodpowiadających koniecznym warunkom nie wyklucza uzyskania przez nie uprawnień w ciągu dalszych pięciu lat.

Pielęgniarki przyuczone i młodsze, które w pełni rozumieją społeczne i prawne podstawy dekretu, powinny dążyć do uzupełnienia swojej praktyki na oddziałach, na których jeszcze nie pracowały, przeciwstawiając się tendencjom niektórych zakładów służby zdrowia, ograniczających ich możliwości zdobycia wszechstronnej praktyki.

Społeczna służba zdrowia i jej szeroki rozwój będą w pełni realizowane wówczas, kiedy oblicze moralno-polityczne pielęgniarek — najliczniejszej grupy pracowników służby zdrowia — i ich przygotowanie zawodowe stanie na odpowiednim poziomie. To też likwidacja wyłącznie ilościowego deficytu kadr nie byłaby słuszna. We wszystkich zakładach społecznej służby zdrowia organizowane jest szkolenie zawodowe i ideologiczne. Nie wszystkie pielęgniarki w dostatecznym stopniu korzystają z tych możliwości. Zdarza się, że wyznaczony wykład nie może się odbyć z powodu zbyt małej liczby uczestniczek, oznacza to, że pielęgniarki nie doceniają wagi i konieczności szkolenia, lekceważąco odnoszą się do wysiłków ze strony wykładowców, nie rozumiejąc, że podnoszenie własnych kwalifikacji to jeden z głównych elementów walki o nową treść społeczną służby zdrowia i warunek — specjal-

*) Cytując pismo Ob. Ministra Zdrowia podajemy jedynie pierwsze litery imienia i nazwiska osoby zainteresowanej (Redakcja).

nie w odniesieniu do młodszych pielęgniarek — kwalifikujący je na kurs do egzaminu państwowego.

Chwilowe niezadowolenie osób wycofanych z kursów, wynikające z krótkowzroczności, niedostatecznego uświadomienia i subiektywnego nastawienia, nie może demobilizować odnośnych władz — odpowiedzialnych za jakość kadr służby zdrowia. Przed pielęgniarkami bowiem, dążącymi do awansu społecznego pozostaje zawsze otwarta droga do szkolenia, będącą warunkiem tego awansu.

Awans społeczny jest jednym z ważniejszych czynników przekształcających środowisko służby zdrowia, ale źle rozumieją istotę awansu ci, którzy kierują na kurs pielęgniarski osoby nie posiadające wymaganych kwalifikacji w zakresie przygotowania ogólnego i praktyki. Wypływa to niejednokrotnie z chęci ułatwienia sobie zadania — zamiast umożliwić ukończenie 7 klas szkoły podstawowej i odbycie praktyki na wymaganych oddziałach szpitalnych, kieruje się na kurs osoby nie przygotowane w zakresie ogólnym i zawodowym, obniżając tym samym pojęcie samego awansu i poziom pielęgniarstwa. Awans w oparciu o samokształcenie i szkolenie jest otwarty dla każdego pracownika służby zdrowia.

Jadwiga Belońska

ROLA ZMP W SZKOLE PIELĘGNIARSTWA

ZADANIA ZMP w dziedzinie wychowania nowych kadr pielęgniarskich są bardzo poważne. Plan 6-letni przewiduje wielki wzrost kadr pielęgniarskich, w związku z rozwojem opieki zdrowotnej nad masami pracującymi. Zadaniem organizacji społecznych jest troska o jakość wzrastających kadr; troska o to, aby wychować pielęgniarki, które potrafią podołać zadaniom socjalistycznej służby zdrowia. Element, który przychodzi do szkół pielęgniarstwa jest bardzo różny pod względem wieku, poziomu intelektualnego, poziomu wykształcenia. System pracy w szkołach pielęgniarstwa różni się od systemu innych szkół zawodowych, dlatego praca ZMP w szkołach pielęgniarstwa jest specyficzna i niełatwa. Organizacja nasza nie może pracować szablonowo, musi dostosować swoje metody do warunków środowiska. Aby mówić o metodach, musimy postawić sobie najpierw pytanie: jaki jest cel wychowawczy ZMP w szkole pielęgniarstwa, jaką pielęgniarkę winna wychować szkoła przy współudziale organizacji młodzieżowej?

Pielęgniarka musi opierać się w swej pracy na odpowiednim zasobie wiadomości fachowych. Jest to o tyle ważne, że w naszym zawodzie każdy błąd popełniony w pracy grozi życiu człowieka. Tę świadomość należy wpajać w dziewczęta na każdym kroku, to powinno stać się bodźcem do wzmożenia wysiłków w nauce. Uchwała ZG ZMP głosi: „Troska o postępy młodzieży w nauce — to podstawowe zadanie organizacji ZMP"

Doświadczenia wszystkich szkół wykazują, że najlepsze wyniki daje nauka w zespołach nauczania. ZMP winien zająć się doborem dziewcząt w zespołach, aby w czasie nauki umożliwić odpowiednią wymianę wiadomości; aby lepsze uczennice miały możność podciągania słabszych.

Ważny jest moment organizowania współzawodnictwa między zespołami. Oczywiście nie należy traktować tego zagadnienia formalistycznie. Trzeba wziąć pod uwagę całokształt pracy zespołu, jego stosunek do nauki, organizację pracy, sposób korzystania z wykładów, przestrzeganie dyscypliny szkolnej, stosunek do pracy społecznej. Wyniki współzawodnictwa winny być

odpowiednio podane do wiadomości wszystkich uczennic, w przeciwnym razie współzawodnictwo nie osiągnie swego celu. Może to być „Błyskawica Szkolna", gazetka, tablica współzawodnictwa, „Fala Radiowa", która podsumuje wyniki współzawodnictwa z danego okresu i będzie zachętą do dalszych wysiłków.

Organizacja winna dbać o to, aby dziewczęta nie ograniczały się do wiadomości zdobytych w szkole, powinna zachęcić je do pogłębiania i rozszerzania wiadomości poza wykładami. Można to realizować przez krótkie pogadanki na zebraniach ZMP-owskich i „prasówkach", informując młodzież o nowych osiągnięciach medycyny, o nowych metodach pracy w tej dziedzinie. Można zorganizować wspólne zwiedzanie wystaw związanych tematycznie z naszą pracą — np. Wystawy Sprzętu Medycznego, Wystawy Przeciwalkoholowej itp. Należy propagować prasę służby zdrowia (punkt do współzawodnictwa zespołów).

Ważnym czynnikiem w dokształcaniu uczennic szkół pielęgniarskich są raporty na oddziałach. Zadaniem ZMP jest urozmaicenie tych raportów, aby nie były one tylko nudnym obowiązkiem. Przygotowanie ciekawego referatu, podanie nowości z zakresu medycyny, omówienie usprawnień, wprowadzanych w pracy przez uczennice — to środki mobilizowania dziewcząt w pracy. Systematyczne i gruntowne przygotowywanie się do raportu ma duże znaczenie w podnoszenia poziomu naszych wiadomości fachowych.

Ważnym czynnikiem mobilizującym do nauki jest podejmowanie zobowiązań z okazji uroczystości i rocznic państwowych. Wzmacnia to w słuchaczkach świadomość, że naszym wkładem w budowę nowego życia jest przede wszystkim dobra nauka, że przez dobrą naukę włączamy się do szeregów Frontu Narodowego.

Nasz udział w życiu społecznym nie może ograniczać się tylko do nauki i pracy zawodowej. Kiedy przed społeczeństwem staje jakieś ważne zadanie, np. odbudowa Warszawy, nie może przy tej pracy zabraknąć pielęgniarek. Organizacja winna mobilizować swych członków do brania udziału w takich pracach.

Pielęgniarka musi być świadoma tego, o co walczy całe społeczeństwo, musi zdawać sobie sprawę z sytuacji międzynarodowej, czuć łączność z masami pracującymi całego świata, walczącymi o zniesienie wyzysku, o trwały pokój. Ta łączność nie może ograniczać się do strony uczuciowej — winna być podbudowana odpowiednimi wiadomościami społeczno-ekonomicznymi. Właśnie organizacja ZMP ma za zadanie kształtować światopogląd młodzieży, wychowywać ją na świadomych budowniczych socjalizmu. Organizacja winna zwrócić dużą uwagę na przygotowanie się dziewcząt do wykładów i egzaminów z Nauki o Społeczeństwie i Polsce Współczesnej, uzupełniać i pogłębiać te wiadomości na szkoleniu ZMP-owskim. Oczywiście szkolenie to nie może ograniczać się do referatów na zebraniach. Trzeba je urozmaicać przez zwiedzanie takich wystaw, jak „X-lecie PPR", „Wielki Proletariat" itp., trzeba organizować wspólne oglądanie odpowiednich filmów i sztuk teatralnych, które młodzież powinna wspólnie przedyskutować. Trzeba podsunąć młodzieży odpowiednią lekturę i na jej podstawie omawiać zagadnienia społeczne.

Ważnym zadaniem organizacji jest zainteresowanie dziewcząt aktualnymi zagadnieniemi politycznymi i społecznymi przez zainteresowanie ich codzienną prasą. Na wykładach teoretycznych można organizować 15-minutowe, codzienne czytanie i omawianie najważniejszych wiadomości prasowych w klasie, a w czasie praktyki — w poszczególnych pokojach w internacie. Podsumowaniem i rozszerzeniem tych wiadomości winna być tygodniowa „prasówka", przygotowana i przeprowadzona przez zespół młodzieżowy. Trzeba dbać o to, aby „prasówki" były urozmaicone. Kilka aktualnych wierszy, czy piosenek ożywi czytanie wiadomości prasowych.

Należy liczyć się z tym, że nie każda dziewczyna potrafi wypowiedzieć się w dużym zespole i postawić przed nim swoje wątpliwości. Dlatego poważną rolę spełniają kółka agitacyjne, prowadzone przez bardziej świadome ZMP-ówki. Kółka te mogą działać na terenie zespołów nauczania, na oddziałach szpitalnych, w poszczególnych pokojach w internacie. Zadaniem ich jest omawianie aktualnych problemów i przeduskutowanie wątpliwości poszczególnych dziewcząt.

WYROBIENIE społeczno - polityczne pielęgniarki jest warunkiem jej odpowiedniego stosunku do pracy. Tow. **Stalin** mówi: „Należy uznać za pewnik, że im większy jest poziom polityczny i uświadomienie marksistowsko - leninowskie pracowników jakiejkolwiek dziedziny pracy państwowej i partyjnej, tym większy jest poziom samej pracy". Świadomość zadań Planu 6-letniego pozwala zrozumieć pielęgniarce, jak wielka ciąży na niej odpowiedzialność za każ-

dego człowieka, który przy dobrym pielęgnowaniu może szybciej wrócić do produkcji; za każde pielęgnowane przez nią dziecko, które w przyszłości powiększy szeregi budowniczych nowej Polski. Oczywiście nie może to prowadzić do formalistycznego stosunku do człowieka, traktowania go jako jedno z kółek potrzebnych do sprawnego działania wielkiej maszyny — społeczeństwa. Min. *Sztachelski* powiedział w swym referacie na Krajowej Naradzie Pracowników Służby Zdrowia: „Trzeba podjąć zdecydowaną i długotrwałą kampanię o właściwy, głęboko ludzki, troskliwy, socjalistyczny stosunek do człowieka". Taki stosunek powinien cechować pielęgniarkę, która ma najbliższy kontakt z chorym. Pielęgniarka musi widzieć w nim człowieka, uszanować jego godność, wczuć się w jego cierpienia fizyczne i psychiczne, zmobilizować wszystkie swe siły do tego, aby mu pomóc. Dlatego ważne jest, aby organizacja umiała obudzić w dziewczętach miłość i szacunek dla chorych oddanych ich pieczy. Właściwy stosunek do człowieka może wyrobić w młodzieży odpowiednia lektura czy sztuka teatralna. Jeżeli młodzież zrozumie i odczuje znamienne słowa *Gorkiego,* stanowiące główne hasło humanizmu socjalistycznego: „Człowiek — to brzmi dumnie", będzie to wielkim osiągnięciem organizacji.

Musimy się liczyć z tym, że pielęgniarka, przynosząc choremu ulgę, uzyskuje wielki wpływ na jego psychikę i winna umieć to odpowiednio wykorzystać. Musi mieć jednak sama właściwą postawę moralną, aby kształtować ją w drugim człowieku. Zespół młodzieżowy winien czuwać nad postawą każdego ze swych członków. Opinia zespołu, opinia społeczeństwa — to najlepszy czynnik wychowawczy. Dużym osiągnięciem wychowawczym będzie, jeżeli zespół potrafi przeprowadzić na zebraniu odpowiednią krytykę i skłonić dziewczynę do dobrej samokrytyki. Doniosłą rolę do spełnienia w czuwaniu nad postawą uczennic na oddziale mają ZMP-owskie Młodzieżowe Punkty Kontrolne, czyli przodujące grupy ZMP-ówek, organizowane na poszczególnych placówkach pracy. MPK winny prowadzić najbardziej aktywne ZMP-ówki, które przede wszystkim swym własnym przykładem będą mobilizować dziewczęta do wydajnej pracy, organizować ruch racjonalizatorski na swojej placówce. Tow. *Stalin* mówi: „Związek Młodzieży Komunistycznej powinien być grupą szturmową, która w każdej pracy spieszy z pomocą, ujawnia swą inicjatywę, daje początek czemuś nowemu". Jesteśmy na tym etapie, na którym nie możemy jeszcze zapewnić każdemu choremu optymalnych warunków leczenia. Zadaniem pielęgniarki jest zastosowanie wszystkich środków, którymi rozporządza, aby zapewnić choremu jak najlepszą opiekę. Takie na pozór drobne rzeczy, jak uszycie pokrowców na narzędzia, sporządzenie odpowiednich list zabiegów, wywieszenie napisów informujących itp., bardzo usprawniają pracę i podnoszą jej wydajność. MPK winny również czuwać nad stosunkiem uczennic do personelu szpitalnego, wyrabiać odpowiedni stosunek do władz pielęgniarskich i lekarzy, jak również do młodszych pielęgniarek i personelu fizycznego — stosunek oparty na szacunku i zaufaniu, poszanowaniu cudzej pracy, przyswajaniu sobie wiadomości od pracowników wyżej kwalifikowanych i przekazywaniu ich niższemu personelowi. W stosunku do młodszych pielęgniarek należy uczennice tak nastawić, aby nie spychały na nie najcięższych i najmniej przyjemnych prac, ale traktowały je jako swe młodsze koleżanki, które trzeba otoczyć troskliwą opieką i dopomóc im w uzyskaniu pełnych kwalifikacji.

UCZENNICA nie może zasklepiać się w swojej pracy szpitalnej, nie może ograniczać swego życia do chodzenia na wykłady i pełnienia dyżurów. Aby umieć pomóc cierpiącemu człowiekowi, trzeba poznać jego życie poza szpitalem, trzeba poznać jego zainteresowania, starać się dostarczyć mu odpowiednią rozrywkę intelektualną. Dlatego dobra pielęgniarka winna mieć sama szerokie zainteresowania, odpowiedni poziom ogólnego wykształcenia, winna być oczytana, bo dobra książka — to jeden z bardziej skutecznych leków dla chorego. Podsunięcie choremu takiej książki, jak „Opowieść o prawdziwym człowieku" *Polewoja,* „Jak hartowała się stal" *Ostrowskiego,* czy też książki dla dzieci „Węzeł gordyjski" *Wasilenki,* może radykalnie zmienić psychiczne nastawienie pacjenta do choroby, a tym samym przyspieszyć jego wyzdrowienie. Dlatego przed organizacją stoi poważne zadanie organizowania pracy kulturalno-oświatowej na terenie szkoły. ZMP winno zachęcać młodzież do czytania wartościowych książek beletrystycznych i czuwać nad ich doborem. Urządzenie wieczorka literackiego, wspólne pójście do muzeum, na wystawę, do kina czy teatru — oto środki pracy kół ZMP-owskich. Dbając o zapewnienie choremu rozrywki kulturalnej, uczennice mogą organizować na terenie szpitala akademie, występy zespołów artystycz-

nych, przedstawienia kukiełkowe dla dzieci, redagować ciekawe gazetki.

Ważne jest również wyrabianie poczucia estetyki przez odpowiednią dekorację szkoły czy oddziału, poprzez utrzymywanie porządku w szpitalu i internacie. Uczennica, która nie dba o porządek w swoim pokoju, o osobistą higienę i estetyczny wygląd, nie będzie dobrą pielęgniarką i nie potrafi szerzyć kultury życia codziennego w społeczeństwie. Aktywistki ZMP winny brać czynny udział w pracach komisji porządkowej na terenie szkoły, dbając o ład i czystość w salach i internacie, o zwalczanie marnotrawstwa dobra społecznego i pracy ludzkiej.

Ważne jest nauczanie przyszłej pielęgniarki dbałości o własne zdrowie i sprawność fizyczną, od której w dużej mierze zależy wydajność jej pracy. Organizacja powinna propagować w szkole sport, zapewnić dziewczętom możność korzystania z dostępnych im rozrywek sportowych: siatkówki, pływania, ping-pongu itp., mobilizować młodzież do zdobywania odznaki SPO.

We wszystkich tych pracach ZMP winien opierać się również na młodzieży niezorganizowanej, przez współdziałanie z Radą Młodzieżową i innymi organizacjami masowymi na terenie szkoły. Zadaniem aktywistek ZMP jest nadawanie kierunku pracy tym organizacjom i mobilizowanie wszystkich bez wyjątku koleżanek do czynnego udziału w życiu kolektywu. Organizacja w porozumieniu z Radą Młodzieżową winna dbać o każdą uczennicę, zainteresować się sprawami jej bytu, trudnościami szkolnymi i domowymi, aby jej dopomóc w ukończeniu szkoły i zdobyciu zawodu.

Dobre wyniki pracy ZMP zapewni ścisły kontakt z Podstawową Organizacją Partyjną, nadającą organizacji młodzieżowej kierunek polityczny, oraz z dyrekcją i instruktorkami. Ta wzajemna współpraca, ujednolicenie kierunku i metod wychowawczych, jest nieodzownym warunkiem pozytywnych wyników w pracy szkolnej.

*

W tej krótkiej charakterystyce pracy ZMP na terenie szkoły pielęgniarstwa oparłam się częściowo na doświadczeniach koła ZMP przy Szkole Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie, którego jestem członkiem. Taki program jest realny i możliwy do wykonania i tylko od dobrej organizacji pracy zależy to, czy zadania postawione przez ZMP będą zrealizowane i czy dziewczęta nie będą przeciążone zajęciami pozalekcyjnymi. Należy oczywiście unikać wielkiej liczby zebrań, wygłaszania parogodzinnych referatów, bo to prowadzi do wypaczenia celu, jaki chcemy osiągnąć.

Chciałabym, ażeby koleżanki z innych szkół pielęgniarstwa wypowiedziały się na łamach naszego pisma na temat pracy w szkolnych kołach ZMP. Pozwoli nam to korzystać z doświadczeń innych kół i unikać błędów w pracy organizacji na naszym terenie.

Barbara Malawska
Uczennica PSP Nr 2 w Warszawie

Dr WACŁAW SITKOWSKI jr

Z doświadczeń sali operacyjnej.

Operacje wewnątrz klatki piersiowej

Jesteśmy obecnie świadkami wielkiego rozwoju chirurgii klatki piersiowej, który rozpoczął się przed blisko 20 laty. Do tego czasu zabiegi na klatce piersiowej wykonywano tylko sporadycznie, a uzyskiwane wyniki dalekie były od zachęcających.

Dziś chirurgia klatki piersiowej posunęła się daleko naprzód. Istnieją już specjalne zakłady i oddziały, gdzie leczy się chirurgicznie rozmaite choroby, pozostające dawniej poza zasięgiem chirurgii. Poza tym na oddziałach chirurgii ogólnej coraz częściej widzi się operacyjne leczenie chorób narządów klatki piersiowej.

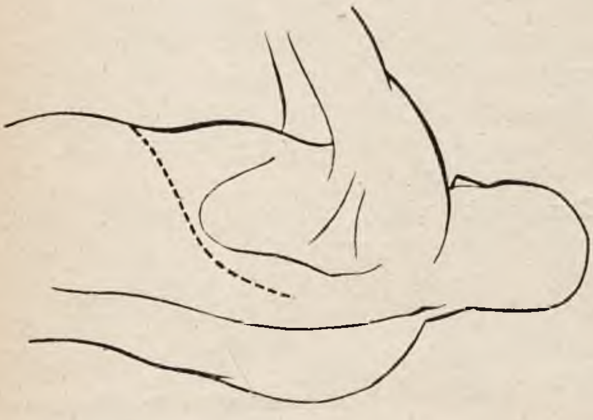
Postępy techniki operacyjnej umożliwiły rozwój tej dziedziny chirurgii, poznanie i umiejętność zwalczania wstrząsu pooperacyjnego, zdo-

bycze anastezjologii i zrozumienie procesów fizjologicznych oraz patologicznych okresu przed- i pooperacyjnego.

Dziś już prawie wszystkie narządy klatki piersiowej dostępne są dla interwencji chirurgicznej. W związku z tym istnieje szereg sposobów dotarcia do tych narządów. Otwarcie klatki piersiowej może być wykonane albo przez łoże usuniętego żebra albo przez międzyżebrze. Oba sposoby mają swoich zwolenników, jednak większość chirurgów uważa za najlepsze dojście przez łoże usuniętego żebra. Linia cięcia może przebiegać różnie. Zasadą jest uzyskanie jak najszerszego dostępu.

THORACOTOMIA TYLNO-BOCZNA

Najszersze dojście do narządów klatki piersiowej daje tzw. *thoracotomia t y l n o-b o c z n a.*



Rys. 1. Thoracotomia tylno-boczna

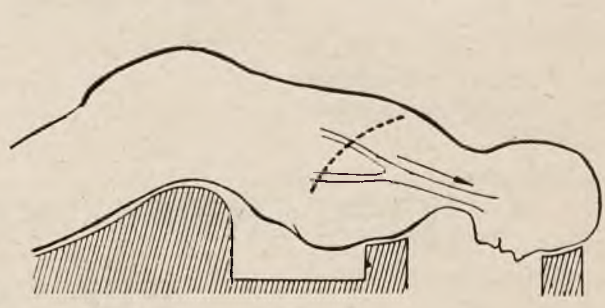
(Rys. 1). Dojście to pozwala na wykonanie prawie wszystkich zabiegów wewnątrz klatki piersiowej. W tym wypadku usuwa się stosownie do potrzeb od IV do IX. żebra. Dojście to stwarza dostęp do najgłębiej położonych narządów takich np. jak przełyk, który też z reguły operuje się z tego cięcia i tylko zależnie od położenia zmiany chorobowej usuwa się odpowiednie żebro po stronie prawej lub lewej. Do dolnych odcinków przełyku dochodzi się od strony lewej, natomiast do zmian położonych wysoko wygodniej jest wkraczać od strony prawej. Ujemnymi cechami tego dojścia jest ułożenie chorego na zdrowym boku, co upośledza przewietrzanie płuca, następnie co jest bardzo ważne (zwłaszcza w przypadkach „mokrych chorych"), takie położenie powoduje, że wydzielina zalegająca w operowanych odcinkach płuca przedostaje się do niżej położonych części zdrowego płuca i — zamykając oskrzela oraz oskrzeliki — może doprowadzić do utopienia się chorego w jego własnej wydzielinie. Poza tym cięcie to uszkadza dużą masę mięśni, co dla chorych wyniszczonych nie jest wcale obojętne. Mimo to należy podkreślić, że zalety tego dojścia znacznie przewyższają jego minusy.

Przedłużenie omawianego cięcia ku przodowi pozwala na jednoczesne otwarcie jamy brzusznej i klatki piersiowej *(thoracolaparatomia)*. Łuk żebrowy może pozostać nieuszkodzony albo w razie potrzeby przecięty, przez co poszerza się dostęp.

DOJŚCIE TYLNE

U chorych z dużą ilością wydzieliny, której nie możemy zmniejszyć przed operacją oraz w obustronnych ropnych chorobach płuc ułożenie chorego na boku może przedstawiać duże niebezpieczeństwo. Wtedy stosuje się dojście tylne w pozycji Trendelenburga. (rys. 2).

Ułożenie to wymaga specjalnego stołu albo dostawki do zwykłego stołu operacyjnego, aby zabezpieczyć choremu swobodne oddychanie. Zasadą jest takie ułożenie, by brzuch i dolna część klatki piersiowej nie były uciśnięte ciężarem ciała. Dzięki temu zachowany jest prawidłowy tor oddechowy, a co najważniejsze wydzielina siłą ciężkości spływa do tchawicy, skąd łatwo za pomocą odsysania możemy ją usunąć. Ułożenie to również ogranicza ruchy wahadłowe śródpiersia, nie upośledza krążenia oraz zmniejsza do pewnego stopnia występowanie oddechów paradoksalnych. Zmniejszenie tych



Rys. 2. Thoracotomia tylna (zaznaczono kierunek spływania wydzieliny)

niebezpieczeństw odbywa się kosztem trudności technicznych. Do dodatkowych plusów tego dojścia zaliczyć trzeba mniejsze cięcie, a więc lepsze wyniki kosmetyczne. Zagadnienia kosmetyczne nie mogą naturalnie mieć wpływu zasadniczego na rodzaj zabiegu, ale tam gdzie bez szkody dla chorego można je uwzględnić, nie wolno o tym zapominać.

Dojście od tyłu pozwala wykonywać zabiegi na płucach i na narządach tylnego śródpiersia, przy tym najodpowiedniejsze jest — jak to wspomniano wyżej — w przypadkach chorych z dużą ilością wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

Szereg operacji wykonuje się również przez otwarcie klatki piersiowej od przodu, jednak dojścia te są mniej uniwersalne od wyżej podanych i tylko w pewnych wypadkach wykorzystuje się ich zalety. Do takich dojść należy np. otwarcie klatki piersiowej przez przecięcie mostka w linii środkowej ciała *(sternotomia longitudinalis).*

RODZAJE ZABIEGÓW

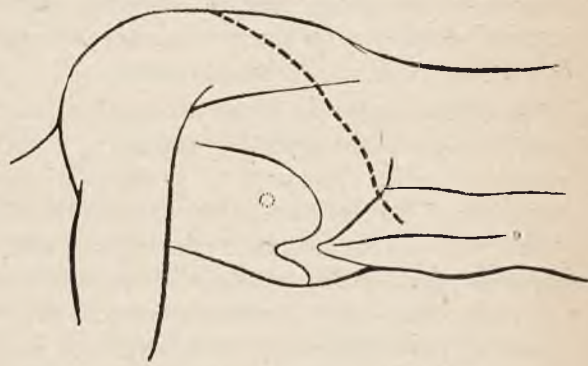
Zabiegi wewnątrz klatki piersiowej możemy podzielić na kilka grup: operacje płuc, przełyku, serca i naczyń, przepony i narządów śródpiersia.

Najczęściej wewnątrz klatki piersiowej dokonuje się operacji z powodu chorób płuc. Ilość usuwanej tkanki płucnej zależy od rozległości sprawy chorobowej i anatomicznej budowy tego narządu. Można więc usunąć całe płuco, jeden płat lub też część płata — s e g m e n t.

Wycięcie płuca — *pneumonectomia* — wykonuje się przede wszystkim w przypadkach nowotworów złośliwych oraz przy rozległych sprawach ropnych. Po uwolnieniu płuca od zrostów, po dojściu do wnęki tj. do miejsca, w którym oskrzela i naczynia wchodzą do płuca, preparuje się poszczególne naczynia i oskrzela i zaopatruje się je w odpowiedni sposób. Żmudne i uciążliwe zaopatrywanie każdego elementu wnęki oddzielnie jest podstawowym warunkiem powodzenia zabiegu. Dawniej operowano tzw. metodą t o u r q u e t o w ą, to znaczy na wszystkie elementy wnęki zakładano pętlę, mocno zaciskano, odcinano płuco i podkłuwano obcięte naczynia i oskrzela. Tego rodzaju zaopatrzenie wnęki płuca było zazwyczaj niedostateczne i chorzy często ginęli na skutek przetoki oskrzelowej, względnie późnego krwotoku. Dziś dzięki bardzo dokładnemu zaopatrywaniu poszczególnych elementów, późne krwotoki należą do wyjątkowych, a przetoki oskrzelowe spotyka się znacznie rzadziej i to głównie wskutek upośledzenia zdolności ustroju do gojenia.

Zaopatrzenie kikuta oskrzelowego ma pierwszorzędne znaczenie. Trudności zaszycia oskrzela wynikają z jego budowy, elementy chrząstkowe bowiem nie tylko w oskrzelu, ale w ogóle w całym ustroju goją się bardzo źle. Najlepsze wyniki uzyskuje się, gdy po zaszyciu światła można jeszcze uwypuklić zaszyty odcinek do części dośrodkowej oskrzela, ponieważ wówczas zrost odbywa się na szerszej przestrzeni.

Następny etap operacji stanowi pokrycie kikutów naczyń i oskrzeli płatkiem opłucnej ściennej, uszypułowanej albo wolnej. Następnie do jamy opłucnej wlewa się antybiotyki,



Rys. 3. Dojście do klatki piersiowej i jamy brzusznej

których zadaniem jest niedopuszczenie do powstania procesów ropnych i zaszywa się powłoki klatki piersiowej na głucho. Po wycięciu płuca nigdy nie drenuje się opróżnionej przestrzeni. Przestrzeń ta początkowo wypełnia się płynem, który następnie ulega organizacji i wypełnia jamę opłucną.

Wycięcie płuca — *pneumonectomia* — jest operacją trudną i żmudną. Przeciętnie czas trwania tej operacji wynosi 3—5 godzin.

Równie częstym zabiegiem jest wycięcie płata płuca — *lobectomia* — przede wszystkim w przypadkach ropnych chorób płuca, jak rozszerzenie oskrzeli (rozstrzenie) i ropnie płuc. Przed zabiegiem konieczne jest dokładne ustalenie rozległości sprawy chorobowej, aby przypadkiem nie pozostawić po operacji chorych odcinków płuca.

Niektóre postacie gruźlicy mogą być również leczone tą metodą. Każdy płat płuca może być wycięty, a w przypadkach np. obustronnych rozszerzeń oskrzelowych możemy wykonać operacje obu płuc, naturalnie nie od razu, ale najpierw po jednej stronie zwykle z większymi zmianami zaś w kilka miesięcy później — po drugiej. Zabiegi takie są możliwe dlatego, że ustrój nia bardzo dużą r e z e r w ę o d d e c h o w ą i usunięcie nawet całego płuca nie pociąga za sobą zaburzeń w wymianie gazowej.

Pierwszym etapem zabiegu tak jak poprzednio, jest uwolnienie płuca od zrostów i stworzenie dostępu do wnęki płata. Wnęka płata zawiera takie same elementy, jak wnęka płuca. Następnie preparuje się poszczególne elementy, podwiązuje się je i podkłuwa.

Operowanie musi być anatomiczne tzn. każdy element trzeba zidentyfikować, aby nie podwiązać przez pomyłkę naczyń zaopatrujących pozostawiane odcinki płuca. Anatomiczne operowanie jest możliwe dzięki temu, że nieprawidłowości w przebiegu oskrzeli zdarzają się wyjątkowo, w przebiegu naczyń są nieco częstsze, jednak i tu stosunkowo bardzo rzadkie.

Zabiegiem, który wymaga szczególnej znajomości anatomii jest wycięcie segmentu płata — *segmentectomia*. Operację tę wykonuje się w przypadkach zmian bardzo ograniczonych. Tak ograniczona rezekcja tkanki płucnej ma wielkie znaczenie, ponieważ pozwala na usunięcie sprawy chorobowej bez naruszenia wydolności oddechowej płata płucnego. Odnalezienie wnęki segmentu, gdyż od tej strony rozpoczyna się zabieg, jest trudne, ale dla wykonania zabiegu konieczne.

Wskazaniem do wycięcia tkanki płucnej są nowotwory oskrzeli (nb. rak oskrzeli i rak płuca — to synonimy), sprawy ropne gruźlicze a nawet pourazowe. Wyniki dotychczas uzyskiwane można uważać za bardzo dobre, ponieważ bez leczenia chirurgicznego choroby te prowadzą nieuchronnie wcześniej czy później do śmierci. Wydaje mi się, że w miarę rozwoju chirurgii klatki piersiowej efekty będą coraz lepsze.

Po częściowym usunięciu płuca, a więc po *lobectomii*, *bilobectomii* i *segmentectomii* stosuje się drenowanie jamy opłucnej połączone z odsysaniem celem uzyskania wczesnego i całkowitego rozprężenia płuca. W tym celu podłącza się dren, tkwiący w jamie opłucnej, z pompą ssącą najczęściej wodną. Odsysanie trwa zazwyczaj 48 godzin. Przed usunięciem drenu trzeba koniecznie skontrolować rozprężenie płuca za pomocą badania rentgenowskiego.

OPERACJE PRZEŁYKU

Operacje przełyku wykonuje się przede wszystkim w sprawach nowotworowych, rzadziej zaś z innych przyczyn np. w zwężeniach po oparzeniu, w wadach rozwojowych itp.

Spośród nowotworów przełyku na pierwszy plan wysuwają się nowotwory złośliwe — r a k i. Rak przełyku jest jedną z najbardziej beznadziejnych i najstraszniejszych chorób, jakie trapią ludzkość. Do niedawna zawsze kończył się śmiertelnie, wśród niewypowiedzianych męczarni chorego. W chwili obecnej leczenie operacyjne w olbrzymiej większości przypadków nie zapewnia choremu jeszcze wyleczenia, jednak znosi lub zmniejsza dolegliwości.

Operacja polega na jednoczesnym otwarciu klatki piersiowej i jamy brzusznej — *thoracolaparatomia.* — Po dotarciu do przełyku separuje się go na znacznej przestrzeni, następnie uwalnia się żołądek i powyżej nowotworu wykonuje zespolenie przełyku z żołądkiem, przez co przywraca się drożność przewodu pokarmowego. Dzięki temu chory odzyskuje możność normalnego odżywiania się, a nawet w przypadku wznowienia nowotworu znosi się najbardziej dotkliwy objaw.

Przy zespoleniu żołądkowo-przełykowym, żołądek zostaje wciągnięty do klatki piersiowej, podobnie w przypadkach, kiedy zespala się przełyk z jelitem, do wnętrza klatki piersiowej zostaje wciągnięte jelito. Technicznie zabieg jest tym trudniejszy, im wyżej leży zmiana nowotworowa. Do najtrudniejszych należą zespolenia powyżej łuku aorty.

Po wykonaniu podstawowej części zabiegu, tj. zespoleniu, przystępuje się do dokładnego zeszycia powłok klatki piersiowej, a przed tym jeszcze — przepony, żeby znów oddzielić jamę brzuszną od opłucnej. Po żabiegu pozostawia się gumowy dren w jamie opłucnej i podłącza do stałego odsysania nie tylko dla rozprężenia płuca, ale i dla usunięcia gromadzącej się wydzieliny.

Po wycięciu przełyku chorzy przechodzą bardzo ciężki okres pooperacyjny i wymagają wtedy specjalnie troskliwej opieki.

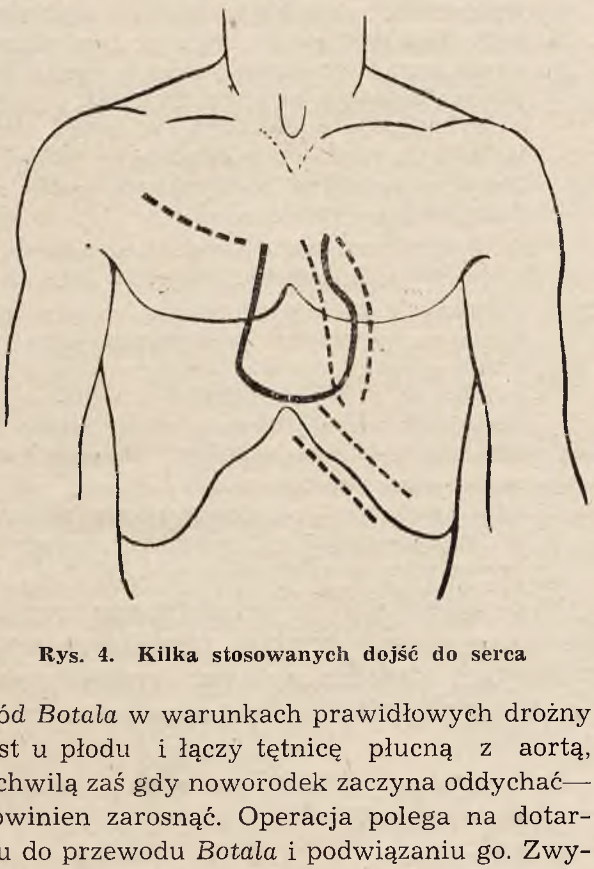
CHIRURGIA SERCA I NACZYŃ

Takie samo dojście służy nie tylko dla operacji przełyku, ale także gdy chcemy uzyskać bardzo szeroki dostęp do jamy brzusznej, np. przy dużych guzach nerek.

Chirurgia obecna stara się z powodzeniem wyrównać wady serca i naczyń. W pewnych przypadkach operacje dają całkowite wyleczenie, np. w przetrwałym przewodzie *Botala,* w innych zaś np. w zwężeniu tętnicy płucnej, stwarzają warunki, w których ustrój może żyć dalej dzięki zniesieniu dolegliwości.

Do najczęstszych zabiegów należy zespolenie tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową. Zabieg ten wykonuje się w przypadkach tzw. *tetralogii Fallata.* W tej wrodzonej nieprawidłowości — na skutek zwężenia tętnicy płucnej — niedostateczna ilość krwi dochodzi do płuc, co sprawia, że w obwodowej krwi tętniczej jest za mało tlenu. Połączenie między wyżej wymienionymi naczyniami zwiększa dopływ krwi do płuc i poprawia utlenianie krwi obwodowej. W tych samych przypadkach wykonuje się również połączenia tętęnicy płucnej z aortą. Dzieci dotknięte omawianą wadą giną bardzo wcześnie, natomiast po operacji — jak wykazała obserwacja — żyją bez żadnych objawów chorobowych.

Następnym zabiegiem jest operacyjne zamknięcię przetrwałego przewodu *Botala.* Przewód *Botala* w warunkach prawidłowych drożny jest u płodu i łączy tętnicę płucną z aortą, z chwilą zaś gdy noworodek zaczyna oddychać— powinien zarosnąć. Operacja polega na dotarciu do przewodu *Botala* i podwiązaniu go. Zwykle jest to zabieg dość łatwy, gdyż przewód jest wystarczająco długi, jednak w niektórych przypadkach, gdy tętnica płucna bezpośrednio łączy się z aortą, konieczne jest wykonanie trudnego szwu naczyniowego. Każdy przypadek przetrwałego przewodu *Botala* powinien być operowany, ponieważ pozostawienie go łatwo prowadzi do bakteryjnego zapalenia wsierdzia.



Rys. 4. Kilka stosowanych dojść do serca

Następną operacją na dużych naczyniach jest wycięcie z w ę ż e n i a a o r t y zespolenie końców — dośrodkowego i obwodowego. Operacje w przypadkach zwężenia aorty *(coarciatio aortae)* dają bardzo dobre wyniki.

Szwy naczyniowe w omawianych zabiegach należą do najtrudniejszych zadań chirurga, a to że się je wykonuje stanowi sukces dzisiejszej chirurgii.

W ostatnich latach chirurgia rozszerzyła bardzo zakres swoich interwencji również na przypadki wad samego serca. Do niedawna operacje serca były nie do pomyślenia. Obecnie szereg chirurgów z powodzeniem operuje takie wady, jak np. z w ę ż e n i e z a s t a w k i t r ó j d z i e l n e j, zamieniając ją na n i e d o m y k a l n o ś ć, czyli wadę znaczniej mniej niebezpieczną i nie sprawiającą takich dolegliwości jak zwężenie.

Operacje śróddpiersia dotyczą przede wszystkim spraw nowotworowych dość często tam spotykanych. W większości przypadków mamy do czynienia z nowotworami niezłośliwymi, które mogą być całkowicie zlikwidowane na drodze operacyjnej. Pozostawienie ich bez operacji, pomimo niezłośliwego utkania, ze względu na umiejscowienie grozi śmiercią na skutek ucisku na ważne dla życia narządy. Warunkiem powodzenia jest operowanie przypadków wczesnych, jeszcze przed wystąpieniem dolegliwości.

Operacje przepony wykonuje się przede wszystkim w przypadkach przepuklin, powstałych na skutek zaburzeń rozwojowych, względnie urazów. Przepukliny pourazowe rokują lepiej aniżeli wrodzone. Dojście do przepony odbywa się przez jamę opłucną i zależnie od rozległości zmian wykonuje się odpowiednią plastykę przepony.

*

* *

Zabiegi wewnątrz klatki piersiowej należą do najtrudniejszych w chirurgii i pierwszym warunkiem ich powodzenia jest dobrze zorganizowana praca zespołowa. Dla tych zabiegów nie wystarcza wysiłek jednego chirurga, konieczne jest sprawne funkcjonowanie wszystkich ogniw zespołu chirurgicznego. O ile dobra praca wszystkich ogniw sprzyja powodzeniu zabiegu, o tyle niedopatrzenia w poszczególnych ogniwach odbijają się fatalnie na wynikach końcowych.

Rozwój chirurgii klatki piersiowej nie jest zamknięty i w dalszym ciągu możemy oczekiwać nowych poważnych osiągnięć.

Wacław Sitkowski jr

Dr WACŁAW LIETZ

Kliniczna analiza krwi

(ciąg dalszy)

Niedokrwistość ze wskaźnikiem zabarwienia zbliżonym do 1, albo większym od 1 dowodzi, że w danym schorzeniu o wiele bardziej obniżyła się ilość krwinek czerwonych, aniżeli ilość hemoglobiny, czyli — innymi słowy — w danej krwi krwinki czerwone są nadmiernie wypełnione hemoglobiną.

Dotyczy to tzw. niedokrwistości nadbarwliwej, w pierwszym rzędzie niedokrwistości złośliwej *(Addison-Biermera)*. W tej groźnej chorobie obserwowanie wskaźnika zabarwienia ma wybitne znaczenie, ponieważ w okresie pełnego rozwoju choroby wskaźnik zabarwienia wynosić będzie więcej od 1, zaś w okresie poprawy (remisji) spadnie do normy albo nawet poniżej normy.

Przeciwnie rzecz się ma np. w przypadku „niedokrwistości istotnej niedobarwliwej", powstającej na tle zaburzeń czynności przewodu pokarmowego, a polegających na upośledzeniu przyswajania żelaza pokarmowego. Tutaj wskaźnik zabarwienia będzie bardzo znacznie obniżony, często poniżej 0.5, co nam tłumaczy, że o wiele bardziej obniżyła się zawartość hemoglobiny w krwinkach czerwonych, aniżeli ilość krwinek czerwonych w 1 mm^3 krwi.

Musimy jeszcze pokrótce poznać obraz mikroskopowy krwinek czerwonych, który to obraz stanowi bardzo ważny moment rozpoznawczy w diagnostyce chorób układu krwiotwórczego.

Jeżeli chodzi o krew prawidłową, to w obrazie krwinek czerwonych widzi się prawie wyłącznie tzw. n o r m o c y t y, to jest krwinki czerwone bezjądrzaste, jednakowej wielkości, równomiernie wypełnione hemoglobiną. Zanik jądra komórkowego sprawia, że krwinki takie nie zużywają dla siebie tlenu i mogą być dzięki temu idealnym jego przenośnikiem. Obok normocytów w prawidłowym obrazie krwinek czerwonych występują również w ilości 1 — 2% tzw. r e t y k u l o c y t y.

W normalnym ustroju w ciągu doby, szpik kostny wysyła do krwiobiegu od 20.000 do 30.000 nowoutworzonych krwinek czerwonych, licząc na 1 mm^3 krwi, w tym samym zaś czasie mniej więcej taka sama ilość krwinek czerwonych ulega rozpadowi w układzie siateczkowo-śródbłonkowym.

Krwinki czerwone opuszczają szpik kostny w postaci tzw. r e t y k u l o c y t ó w, czyli młodych form erytrocytów, które w tym okresie swego rozwoju zawierają jeszcze w swej protoplazmie delikatną siateczkę. Siateczka ta znika z retykulocytów w ciągu 24 — 48 godzin. Stąd wniosek, że retykulocyty oglądane w mikroskopowym obrazie krwi opuściły szpik kostny nie dalej jak przed 48 godzinami.

Na marginesie warto wspomnieć, że krwinka czerwona „żyje i pracuje" około 100 dni.

Obliczenie ilości retykulocytów we krwi pozwala na wyciągnięcie praktycznych wniosków o intensywności procesów krwiotworzenia. I tak zwiększenie liczby retykulocytów wskazuje na wzmożenie czynności krwiotwórczej, odwrotnie zaś obniżenie ich liczby dowodzi, że szpik kostny produkuje niedostatecznie bądź też, że ze szpiku kostnego — na skutek jakichś zaburzeń w krwiotworzeniu — wychodzą niedojrzałe jeszcze postacie krwinek czerwonych.

W chorobach układu krwiotwórczego rozróżnia się w obrazie krwinek czerwonych wiele rozmaitych odchyleń od stanu prawidłowego, co określa się dość trudnymi nazwami grecko-łacińskimi:

anizocytoza — krwinki czerwone nierówne, niejednakowej wielkości;

poikilocytoza — krwinki różnorodnych kształtów;

anizochromia — niejednakowe zabarwienie krwinek czerwonych;

oligochromia — skąpe wypełnienie krwinek hemoglobiną, wskutek czego krwinki czerwone wyglądają jakby były w środku puste;

makrocyty — krwinki czerwone znacznie większe od przeciętnej lecz słabo zabarwione;

mikrocyty — krwinki czerwone uderzająco małe w porównaniu z innymi, powstałe praw-

dopodobnie przez odsznurowanie od krwinek większych;

polichromatofile — krwinki młode o protoplazmie jeszcze zasadochłonnej, słabo wypełnione hemoglobiną, które wyróżniają się swoim niebieskawym odcieniem;

megalocyty — krwinki duże okrągłe, mocno zabarwione hemoglobiną, spotykane w niedokrwistości złośliwej;

normoblasty — krwinki czerwone jądrzaste, o zbitym, ciemnym jądrze komórkowym (tzw. piknotycznym); są to młode postacie krwinek prawidłowych;

megaloblasty — krwinki duże o dużym jądrze, wykazującym wyraźną strukturę piankowatą; są to młode formy megalocytów.

Mógłby ktoś powiedzieć, że samo stwierdzenie niedokrwistości na podstawie objawów klinicznych oraz obliczenia ilości krwinek czerwonych powinno wystarczyć do rozpoczęcia odpowiedniego leczenia, i że nie ma potrzeby wnikać w „takie drobiazgi", jak kształt, wielkość, stopień nasycenia hemoglobiną, wskaźnik zabarwienia itd., itd.

Otóż, nie! Dla skutecznego i szybkiego leczenia chorób układu krwiotwórczego są to rzeczy niezmiernie doniosłe, bo przecież np. objawy kliniczne tak różnych jednostek chorobowych, jak *niedokrwistość istotna niedobarwliwa* oraz *niedokrwistość złośliwa* — są niemal takie same: uderzająca bladość, ziemisto-żółtawy odcień skóry, upadek sił, dokuczliwe mrowienie (parestezje), język wygładzony, błyszczący, jakby polukrowany itd. Jednakże, aby zastosować właściwe dla danej choroby lekarstwo, dla pierwszej — preparaty żelazowe, dla drugiej — wyciąg wątrobowy — konieczne jest dokładne różnicowanie. Jedynie obejrzenie pod mikroskopem rozmazu krwi pozwala z zupełną pewnością odróżnić te dwie jednostki chorobowe, które — jak widzimy — wymagają całkiem odmiennego postępowania leczniczego.

LEUKOCYTY CZYLI KRWINKI BIAŁE

Przejdźmy teraz do roli i znaczenia krwinek białych, których nazwa podkreśla, że te komórki — w przeciwieństwie do krwinek czerwonych — nie zawierają hemoglobiny.

W 1 mm^3 normalnej krwi mieści się około 5—8 000 krwinek białych, a więc znacznie mniej niż krwinek czerwonych, przeciętnie bowiem 1 krwinka biała wypada na 750 czerwonych.

Leukocyty są pełnowartościowymi komórkami, posiadającymi zarówno protoplazmę jak i jądro komórkowe. Znajdujemy je nie tylko we krwi, ale także w limfie i jamach surowiczych ciała.

Wśród leukocytów rozróżniamy wiele rozmaitych postaci, z grubsza zaś dzielimy je na dwie zasadnicze grupy: jedną stanowią komórki o jednym okrągławym jądrze, tzw. krwinki białe jednojądrzaste (mononukleocyty), których propoplazma nie zawiera zianistości (stąd też nazwa — a g r a n u l o c y t y), drugą zaś tworzą komórki o jądrze wielopłatowym i protoplazmie zawierającej charakterystyczne ziarnistości, które różnią się między sobą odmiennym sposobem reagowania na barwniki kwaśne, zasadowe i obojętne. Stąd ich nazwa : g r a n u l o c y t y kwasochłonne (eozynofile), zasadochłonne (bazofile) i obojętnochłonne (neutrofile).

Dokładna znajomość procentowego stosunku poszczególnych leukocytów we krwi ma niezwykle doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu rozmaitych chorób.

Mamy więc we krwi z grupy agranulocytów — l i m f o c y t y (w ilości od 20 — 25%) i m o n o c y t y (3 — 5%) oraz z grupy granulocytów — n e u t r o f i l e (65 — 70%), e o z y n o f i l e (0,5 — 4%) i b a z o f i l e (około 0,5%).

FIZJOLOGIA LEUKOCYTÓW

Leukocyty wykonują ruchy pełzakowate, poruszają się za pomocą niby nóżek w tempie około 2 mm na godzinę. Do wysuwania niby nóżek można je pobudzić rozmaitymi bodźcami natury fizycznej i chemicznej, podobnie czynność tę można zahamować różnymi środkami (chinina, narkotyki lub pozbawienie tlenu).

Różnorodne substancje mają własność przyciągania, przywabiania leukocytów, co nosi nazwę „*cheomotaxis* dodatnia", inne znów mogą je odstraszać, odpychać — „*chemotaxis* ujemna".

Leukocyty mają zdolność przechodzenia przez nieuszkodzone naczynia krwionośne włosowate. Zjawisko to nosi nazwę d i a p e d e z y *(diapedesis)*.

Leukocyty mogą wędrować do tkanki łącznej i tam osiadać na stałe. Odwrotnie też, jak dowiedziono, nieruchome komórki tkanki łącznej mogą w pewnych okolicznościach zyskiwać własność poruszania się i stawać się wędrującymi krwinkami białymi.

Granulocyty obdarzone są żywszym ruchem niż inne leukocyty, wszystkie krwinki białe jednak w pewnym stopniu ruchy wykonują.

Leukocyty wykazują własności żerne, mogą trawić i pochłaniać cząsteczki obumarłych tkanek, bakterie i rozmaite substancje szkodliwe. Zjawisko to pierwszy odkrył i opisał rosyjski uczony *Miecznikow* (1878 r.) i nazwał je f a g o c y t o z ą, a leukocyty spełniające rolę pożeraczy obcych ciał — fogocytami. *Miecznikow* podzielił leukocyty na m a k r o f a g i, pożerające przede wszystkim twory komórkowe, jak uszkodzone krwinki czerwone, nieżywe krwinki białe, pasożyty itp. oraz na m i k r o f a g i, które głównie pożerają bakterie. Do mikrofagów należą przede wszystkim granulocyty.

Jeśli gdziekolwiek w ustroju powstanie jakieś ognisko martwicy, uszkodzenie i zniszczenie tkanek, względnie nastąpi inwazja drobnoustrojów, natychmiast spieszą tam zewsząd — z naczyń krwionośnych i limfatycznych drogą diapedezy — olbrzymie ilości leukocytów, zwiedzione zjawiskiem chemotaksji dodatniej, aby walczyć z bakteriami, rozpuszczać i trawić obumarłe tkanki i w ten sposób uwolnić ustrój, oczyścić go ze szkodliwych substancji. W wyniku tej akcji powstaje r o p a, utworzona z leukocytów, które w walce giną w ogromnej ilości, z nieżywych i żywych bakterii oraz ze zniszczonych części tkanek.

Żeby chociaż pokrótce opisać zadania leukocytów i ich znaczenia dla obrony ustroju, należy wspomnieć o ich decydującym udziale w zwalczaniu wszelkich chorób zakaźnych, o ich roli we wszystkich procesach zapalnych, we wchłanianiu wysięków, w oczyszczaniu poszczególnych narządów, w tworzeniu ropy, w fizjologicznym niszczeniu zużytych krwinek czerwonych, w przenoszeniu żelaza z wątroby do szpiku kostnego itd.

Niezmiernie ważną rolę spełniają również leukocyty produkując różnego rodzaju fermenty, rozpuszczające białka, tłuszcze i cukry, a także tworząc substancje obronne i odpornościowe.

LEUKOCYTOZA I LEUKOPENIA

W przypadku zwiększonego zapotrzebowania ustroju, na środki do walki z czynnikami szkodliwymi, szpik kostny powiększa produkcję neutrofilów, wzrasta znacznie ponad przeciętną normę i w poszczególnych przypadkach osiąga 30 — 40 — 50 000 i więcej w 1 mm^3 krwi.

Już samo powiększenie liczby krwinek białych — leukocytoza bez specyfikacji — ma duże znaczenie diagnostyczne i prognostyczne, zwłaszcza w ostrych chorobach zakaźnych, zatruciach, sprawach zapalnych itd.

Jednakże leukocytoza nie zawsze dowodzi, że w ustroju toczy się jakiś proces ropny. Np. leukocytozę spowodować mogą leki, stosowane przez dłuższy czas, jak kamfora, adrenalina, insulina itd. Również powiększenie liczby krwinek białych może być zjawiskiem fizjologicznym, np. w ciąży zwłaszcza w ostatnich tygodniach, w okresie przedmenstruacyjnym, w okresie laktacji, po wysiłkach fizycznych, szczególnie u osób pobudliwych oraz z reguły w okresie trawienia po posiłkach.

Jak wspomniano, w obecności leukocytozy przebiega większość chorób zakaźnych, jednakże w przypadkach szczególnie ciężkich czynność szpiku kostnego może ulec zahamowaniu i wtedy — na odwrót — wystąpi zjawisko l e u k o p e n i i, tj. zmniejszenia liczby krwinek białych poniżej 4 000, a czasem nawet do kilkuset w 1 mm^3 krwi.

Niektóre choroby zakaźne z reguły przebiegają z leukopenią, np. dur brzuszny, grypa wirusowa, brucelloza, odra, różyczka (na szczycie choroby), malaria (w okresach pomiędzy napadami), gruźlica prosówkowa w okresie początkowym itd. Zjawienie się w tego rodzaju chorobach leukopenicznych leukocytozy świadczy o powikłaniu choroby zasadniczej inną: np. dur brzuszny i grypa wirusowa powikłane zapaleniem płuc będą przebiegać z leukocytozą.

AGRANULOCYTOZA

W niektórych chorobach obserwuje się, że we krwi zmniejsza się wydatnie ilość ziarnistych krwinek białych, granulocytów, że w szpiku kostnym nastąpiło częściowe lub nawet całkowite zachowanie produkcji neutrofilów, eozynofilów i bazofilów. Taki stan nazywa się a g r a n u l o c y t o z ą i widzimy go w ciężkich postaciach zimnicy, w przebiegu długotrwałych infekcji, w przewlekłych zatruciach benzolem, w następstwie dłuższego narażania się na działanie promieni rentgenowskich, a także pod wpływem pewnych leków, jak np. sulfamidy, streptocyd, piramidon — u ludzi szczególnie uczulonych.

Agranulocytoza może występować również w takich chorobach (schorzeniach), w których następuje zmniejszenie się produkcji wszystkich elementów komórkowych krwi w szpiku kostnym, a więc ogólny spadek ilości krwinek białych (leukopenia), krwinek czerwonych (erytropenia), płytek krwi (trombopenia) — np. w tzw. suchotach szpiku (*panmyelophtisis*).

PRZESUNIĘCIE OBRAZU NEUTROFILÓW W LEWO

W obrazie mikroskopowym neutrofilów, które jak wiadomo stanowią najliczniejszą grupę krwinek białych, widzi się rozmaite postacie zależne od ich wieku, czyli od stopnia ich rozwoju.

Najmłodszymi formami są tzw. myelocyty, później postacie młodociane, następnie pałeczkowate, i wreszcie — segmentowane. Cechą odróżniającą te krwinki jest kształt ich jąder komórkowych.

W warunkach prawidłowych najmłodsze formy rozwojowe powinny istnieć tylko w ośrodkach krwiotwórczych i nie spotyka się ich we krwi obwodowej. Podobnie ma się rzecz i z postaciami niedojrzałymi, tj. młodocianymi i pałeczkowatymi, których we krwi normalnej widzi się niezmiernie mało.

W przebiegu rozmaitych chorób krwi, albo takich schorzeń ogólnych, które mają swój oddźwięk w narządzie krwiotwórczym, można w krwi krążącej znaleźć postacie neutrofilów, jakie normalnie właściwe są dla środków krwiotwórczych, i których samo przejście do krwiobiegu stanowi już zjawisko patologiczne.

Zjawienie się więc we krwi obwodowej, czyli poza ośrodkami krwiotwórczymi, myelocytów, postaci młodocianych i pałeczkowatych w większej ilości świadczy, że wobec niedoboru form dojrzałych — segmentowanych — szpik kostny dostarcza na obwód formy niezupełnie jeszcze wykształcone. Zjawisko to nosi nazwę przesunięcia obrazu neutrofilów w lewo, a dlatego, że przedstawiając graficznie obraz neutrofilów po lewej stronie stawiamy na zasadzie umowy ilość form najmłodszych, później postaci pośrednich i na koniec po stronie prawej — zupełnie dojrzałych, segmentowanych.

Pojawienie się w rozmazie krwi postaci niedojrzałych nie zawsze świadczy o ciężkości danego procesu chorobowego, a przesunięcie obrazu neutrofilów w lewo nie jest wcale specyficzne dla jakiejś określonej choroby.

Brak przesunięcia obrazu neutrofilów w lewo nie przeczy ciężkości przypadku, a równocześnie należy podnieść, że znaczne przesunięcie w lewo w wypadku jakiejś lekkiej choroby może stosunkowo szybko powrócić do normy.

Tak np. szybkie narastanie przesunięcia w lewo i równoczesne powiększanie się liczby leukocytów przemawia zazwyczaj za pogarszaniem się sprawy, choć w pewnych wypadkach może być wyrazem wzmagającej się odporności ustroju. Natomiast narastanie przesunięcia w lewo przy zmniejszającej się liczbie leukocytów jest już bezwzględnie zjawiskiem niepomyślnym.

Powrót do normy zarówno przesunięcia w lewo, jak i liczby leukocytów jest oczywiście objawem pomyślnym, podobnie gdy przy nieznacznej leukocytozie przesunięcie utrzymuje się bez zmiany. Otóż przesunięcie w lewo stanowi najbardziej wymowny dowód istnienia choroby zakaźnej, przy czym w obrazie krwi widzi się nawet myelocyty. Tak bywa w płatowym zapaleniu płuc, w posocznicy, w ropowicy, w zapaleniu szpiku kostnego i in.

Z chorób niezakaźnych z przesunięciem obrazu neutrofilów w lewo mogą przebiegać rozległe nowotwory złośliwe, szczególnie te, które dają przerzuty do szpiku kostnego.

W białaczce szpikowej przesunięcie neutrofilów w lewo przy znacznej przewadze form niedojrzałych dochodzi aż do myeloblastów (do postaci jeszcze młodszych od myelocytów), im więcej zaś myeloblastów — tym proces cięższy.

EOZYNOFILIA

Do innej charakterystycznej odmiany obrazu krwinek białych zalicza się powiększenie liczby krwinek kwasochłonnych — eozynofilię. Podwyższenie tej liczby ponad 5 — 6% przemawia przede wszystkim za odczynem alergicznym, zarówno z zewnątrz pochodnym, jak i z wewnątrz.

Eozynofilia występuje więc w dusznicy oskrzelowej, katarze siennym, pokrzywce, obrzęku *QUINCKEGO*, różnego rodzaju idiosynkrazjach, chorobach zawodowych i po różnych lekach.

Liczba eozynofilów powiększa się także przy leczeniu surową wątrobą lub jej preparatami oraz w razie zaatakowania ustroju przez pasożyty jelitowe, takie jak tęgoryjec dwunastnicy, włośnice, bąblowiec, tasiemce itp.

W początkowym okresie wielu chorób zakaźnych ilość eozynofilów zmniejsza się prawie aż do całkowitego zniknięcia w obrazie krwi, natomiast ku końcowi schorzenia ilość ich narasta znów, świadcząc jakby o pomyślnym zakończeniu sprawy, jedynie w płonicy rzecz ma się przeciwnie: z początkiem choroby procent eozynofilów wzrasta, a ku końcowi choroby w miarę zdrowienia zbliża się do normy.

d. c. n.

ZOFIA GODLEWSKA
pielęgniarka I Kliniki
Chorób Wewnętrznych
Warszawa

Z naszych doświadczeń

PAWŁOWIZM DNIA CODZIENNEGO

Minister dr J. Sztachelski tak mówił na Krajowej Naradzie:

„Sprawa troski o człowieka zostaje szeroko w naszej praktyce podbudowana nauką pawłowowską. Pawłowizm jest kierunkiem i jedną z zasadniczych podstaw współczesnej medycyny, która nadaje jej głęboko humanistyczny charakter. W świetle pawłowizmu, wysuwającego na czołowe miejsce rolę układu nerwowego i podkreślającego wagę czynnika psychicznego w życiu człowieka w zdrowiu i chorobie, sprawa stosunku do człowieka, właściwa pielęgnacja, otoczenie go właściwą atmosferą jest ważnym, a nieraz decydującym czynnikiem w leczeniu. Na tej zasadzie zrodziła się inicjatywa, po raz pierwszy wysunięta w Związku Radzieckim przez prowincjonalny szpital w Markowskim rejonie, a polegająca na oparciu organizacji leczenia, pielęgnowania i całego reżimu szpitalnego na zasadach pawłowizmu".

Przykład pomyślnego przeniesienia tej inicjatywy na grunt naszych szpitali dał zespół Szpitala Nr 1 przy ul. Oczki 6 w Warszawie, pod kierunkiem prof. dr A. Biernackiego. Zespół szpitala wprowadził tzw. „pawłowizm dnia codziennego", podejmując z zapałem prace przygotowawcze dla uczczenia 60 rocznicy urodzin Prezydenta, Bolesława Bieruta.

Poniżej zamieszczamy wypowiedź jednej z uczestniczek tej wielkiej i pożytecznej pracy, pielęgniarki kol. Z. Godlewskiej.

Prosimy nasze Czytelniczki o szerokie wypowiadanie się na temat „pawłowizmu dnia codziennego".

Wzywamy do dyskusji!!!

Redakcja

Dla uczczenia 60 rocznicy urodzin Prezydenta Bieruta i jako zobowiązanie I-szo Majowe pracownicy I Kliniki Wewnętrznej podjęli się wprowadzić w życie szpitalne „pawłowizm dnia codziennego", zastosowując pewne zasady nauki Pawłowa w codziennym reżimie Kliniki.

Pawłow, wielki fizjolog radziecki, którego nauka jest dziś znana w całym świecie, na podstawie długich doświadczeń i badań przeprowadzanych na zwierzętach, udowodnił, że bodźce zewnętrzne mają ogromny wpływ na wszelkie procesy życiowe w organizmie. Działają one na c e n t r a l n y u k ł a d n e r w o w y, a następnie poprzez ośrodki podkorowe i dalsze drogi nerwowe przechodzą do narządów wewnętrznych, powodując w organizmie zmiany szkodliwe lub korzystne (teoria korowo-trzewna).

Następcy wielkiego uczonego, którzy naukę jego rozwijali dalej (prof. Bykow) na podstawie dalszych doświadczeń przeprowadzanych już na ludziach, dowiedli, że ochrona centralnego układu nerwowego przed wszelkimi szkodliwymi bodźcami psychicznymi, sprzyja szybszemu cofaniu się zmian patologicznych w organizmie oraz zwiększa jego odporność. Doświadczenia te potwierdziły słuszność teorii współzależności bodźców działających na centra podkorowe i patologicznych zmian w różnych narządach (choroba wrzodowa, choroba nadciśnieniowa i in.).

W oparciu o te teorie zespół pracowników I Kliniki Chorób Wewnętrznych pod kierownictwem Profesora, postanowił opracować sposób praktycznego wprowadzenia zasad pawłowizmu w codziennym życiu Kliniki. System został określony jako „pawłowizm dnia codziennego".

Chcę się dzisiaj podzielić pewnymi doświad-

czeniami z zakresu techniki tego nowego systemu, wprowadzonego na terenie zamkniętej placówki służby zdrowia.

Spośród pracowników I Kliniki Chorób Wewnętrznych została wyłoniona tzw. „komisja pawłowowska", do której weszli najbardziej aktywni spośród lekarzy, pielęgniarek i personelu salowego. Komisja ta ustaliła plan postępowania i określiła zadania, które przede wszystkim należało opracować. Tak więc wysunięto trzy zasadnicze zagadnienia: walka z bólem, walka z hałasem i przedłużenie snu chorego. Te trzy czynniki: b ó l, h a ł a s, i b e z s e n n o ś ć (względnie bezsenność częściowa) uznano jako główne źródła szkodliwych bodźców zewnętrznych.

Członkowie komisji otrzymali konkretne zadania: opracowanie specjalnych regulaminów dla chorych i poszczególnych grup pracowniczych, skontrolowanie warunków na terenie Kliniki, wprowadzenie pewnych zmian i ulepszeń.

W oparciu o opracowane przez komisję regulaminy, które następnie były szczegółowo omawiane i poprawione na ogólnych zebraniach, wprowadzono szereg zmian i ulepszeń:

Celem utrzymania względnej CISZY i spokoju w Klinice został wprowadzony system przyciszonej rozmowy personelu i chorych, wykonano wiele napisów, głoszących hasła przypominające o ciszy (proszę o ciszę; zachowaj ciszę, prosi cię o to chory itp.), wprowadzono symboliczne trójkątne znaczki z napisem „cisza", które wszyscy pracownicy, jako przypomnienie, noszą przy fartuchach, zastosowano miękkie i ciche obuwie dla personelu, ochraniacze filcowe dla interesantów i studentów, opatrzone gumą nóżki taboretów i stołków, uszczelniono drzwi, naoliwiono klamki oraz zamki, poprawiono lub zmieniono wózki rozwożące jedzenie i wózki wożące chorych itp.

Dla przeprowadzenia walki z BÓLEM wprowadzono zasadę stosowania 1% roztworu nowokainy 1 ml do bolesnych wstrzyknięć domięśniowych oraz dokładne znieczulanie przy wszystkich nakłuciach i zabiegach, skontrolowano ostrość igieł i zwiększono ich ilość.

Zostało następnie opracowane zagadnienie przedłużenia SNU. Sen potraktowano jako najlepszy sposób ochrony centralnego układu nerwowego; biorąc bowiem pod uwagę dotychczasowe pozytywne wyniki leczenia snem w różnych schorzeniach, można wnioskować, że sen fizjologiczny będzie spełniał to samo zadanie w mniejszym zakresie. Aby umożliwić chorym dostateczną ilość snu, zmieniono godzinę ich budzenia z 5-tej na 6.30 rano, z równoczesnym przesunięciem godziny sprzątania, śniadania i wizyty lekarskiej. Zakupiono również większą ilość termometrów, by skrócić czas rannego mierzenia temperatury. Dla zapewnienia chorym odpoczynku w ciągu dnia, wprowadzono w godzinach 14 — 15 ciszę popołudniową, w czasie której zabronione są rozmowy i wszyscy chorzy muszą leżeć w łóżkach. Przesunięto również odwiedziny gości na godzinę od 15 — 17. Gaszenie światła i spokój nocny obowiązuje w okresie letnim od godziny 21, w okresie zimowym — od 20.30. W przypadkach bezsenności zaczęto szeroko stosować środki uspakajające i małe dawki środków nasennych. Budzenie chorych uzasadniają obecnie tylko ważne powody — podawanie penicyliny, sulfamidów, salicylu itp.

Dla dopełnienia powyżej opisanego systemu zwrócono jeszcze uwagę na zakres wrażeń wzrokowych, jak estetyczny wygląd sal chorych, wygląd personelu, kwiaty na stolikach, czystość ogólna itp. oraz postarano się o usunięcie wszelkich nieprzyjemnych wrażeń węchowych. Stałe zamykanie drzwi do kuchni, ubikacji oraz częste wietrzenie zapewnią czyste, świeże powietrze na oddziale.

Duży nacisk położono na oddziaływanie na układ nerwowy i centralny chorego, a zwłaszcza na korę mózgową przez odpowiednie odnoszenie się do chorego i stworzenie mu odpowiedniego środowiska. Podniesienie chorego na duchu, wzbudzenie bezwzględnego zaufania do leków i wykonywanych zabiegów, pogodny nastrój itp. poprawiają jego samopoczucie i powodują szybszą ogólną poprawę.

Również jako zasadę zaczęto stosować używanie parawanów do wszelkich zabiegów lekarskich i pielęgniarskich wykonywanych na salach. Ma to też i tę dobrą stronę, że oswaja chorych z parawanem, a osłanianie następnie ciężko chorych nie sprawia już przykrego wrażenia. Parawan przestał być symbolem ciężkiego stanu albo śmierci.

Z innych ważnych w życiu szpitalnym zagadnień opracowano sprawę estetycznego podawania posiłków, zwrócono uwagę na ich wygląd, jakość i formę podania. Wprowadzono serwetki wywołujące m. in. odruch warunkowy, gdyż moment rozkładanie serwetki przed jedzeniem,

jako znak zbliżającego się posiłku, zapoczątkowuje już fazę wydzielania soków trawiennych.

Prace przygotowawcze trwały około 3 tygodni, przy pomocy wszystkich pracowników Kliniki całość prac została wykonana w terminie. Kilka przygotowawczych pogadanek z personelem stworzyło atmosferę oczekiwania na ciekawe zmiany.

Dnia 18.IV. rb. o godz. 8 rano drogą audycji radiowej oraz na masówce pracowniczej w Klinice o tej samej godzinie, zostało oficjalnie zapowiedziane wprowadzenie w Klinice nowego systemu „pawłowizmu dnia codziennego". Nastrój w Klinice radykalnie się zmienił. Duży i długofalowy wysiłek całego personelu, wzajemne życzliwe zwracanie sobie uwagi, systematyczna i wnikliwa kontrola — zwłaszcza w pierwszym okresie — pozwoliły na trwałe ugruntowanie nowych zasad. Wprowadzenie w jednym terminie wszystkich zmian i ulepszeń, jaskrawe podkreślenie różnicy między tym co było a tym co nastąpiło po zmianie — ułatwiło ocenę nowego systemu.

Po kilku tygodniach doświadczeń, system ten zaczęto wprowadzać w innych klinikach i oddziałach naszego szpitala. Zorganizowano w poszczególnych oddziałach komisje pawłowowskie, które zaczęły pracować w oparciu o poczynione już doświadczenia. Regulaminy dla chorych i personelu, wzorowane na regulaminie I Kliniki Chorób Wewnętrznych, zmieniano oczywiście pod kątem potrzeb danej placówki i przystosowano do jej warunków. O trwałości tego systemu na poszczególnych placówkach zadecyduje długofalowość i wytrwałość wysiłków wszystkich pracowników. Łatwiej jest bowiem wprowadzić system „pawłowizmu dnia codziennego" niż utrzymać go na odpowiednim poziomie, należy to już od dobrej woli całego personelu i zrozumienia celowości wysiłków dla dobra chorego.

Nasz system „pawłowizmu dnia codziennego", jeszcze oczywiście niedoskonały w obecnej swej formie, daje dobre rezultaty i jest przez chorych, zwłaszcza tych którzy przychodzą po raz drugi do Kliniki bądź z innego szpitala, wysoko ceniony.

Opierając się na obserwacji i kilumiesięcznym już doświadczeniu, uważam że system ten można rozszerzyć na wszystkie placówki służby zdrowia zarówno w lecznictwie zamkniętym jak i otwartym. Naturalnie, że każda z tych tak różnych placówek wymagać będzie różnych jego form, jednak myślą przewodnią tego systemu musi być ochrona układu nerwowego pacjenta przed szkodliwymi bodźcami zewnętrznymi.

Przypuszczam, że po bliższym zapoznaniu się z tym zagadnieniem, każda pielęgniarka postawi sobie jako punkt honoru wprowadzenie zasad pawłowizmu na swojej placówce, troska bowiem o pacjenta i ochrona jego systemu nerwowego jest dla nas zagadnieniem naczelnym.

Pielęgniarki I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie wzywają wszystkie Koleżanki w kraju do podjęcia trudu wprowadzenia zasad pawłowizmu na swoich placówkach w jak najszybszym terminie.

Zofia Godlewska

A. A. ROSNOWSKI

Odkażanie rąk personelu chirurgicznego

POMIMO ogólnie używanych rękawiczek gumowych, ręce personelu chirurgicznego, biorącego udział w zabiegach, mogą być przyczyną zakażenia ran pooperacyjnych. Z tego względu zagadnienie chirurgicznego mycia rąk jest niezmiernie ważne.

Główne trudności przy rozwiązywaniu tego zagadnienia nasuwają szczególne właściwości budowy skóry i bakteryjny charakter zakażenia.

Już gołym okiem łatwo spostrzec, że skóra, zwłaszcza na dłoniach, jest nierówna, pokryta siecią fałd, tworzących mnóstwo rowków i zagłębień. Naskórek jest gęsto poprzecinany ujściami przewodów gruczołów potowych i łojowych, a także pochewek włosowych, tworzących tzw. pory. Wszystkie te zagłębienia są siedliskiem różnego rodzaju bakterii.

W życiu organizmu skóra odgrywa bardzo ważną rolę. Skóra, a właściwie jej powierzchowna warstwa — naskórek — chroni ustrój od wpływów fizycznych i chemicznych (ochłodzenie, wysychanie, urazy itp.), a także od przenikania w głąb bakterii, które w wielkiej ilości trafiają na powierzchnię ciała z otaczającego środowiska. Niezależnie od swojej budowy i właściwości immunobiologicznych skóry, przenikaniu drobnoustrojów w głąb organizmu przeciwdziała kwaśna reakcja naskórka, która hamuje rozwój bakterii. Wydzieliny gruczołów łojowych i potowych spełniają rolę mechaniczną — zatrzymują na skórze i zlepiają bakterie, a jednocześnie z drugiej strony poważnie przeszkadzają w usuwaniu bakterii z powierzchni skóry.

Na naskórku, zwłaszcza rąk, znajduje się mnóstwo rozmaitych drobnoustrojów, zarówno chorobotwórczych, jak i nieszkodliwych (saprofitów). Wiele spośród nich przebywa na skórze stale, inne znów dostają się okresowo lub przypadkowo. Rozróżniamy więc s t a ł ą i c z a s o w ą mikroflorę skóry.

S t a ł a m i k r o f l o r a skóry przeważnie jest nieszkodliwa wobec wzajemnego oddziaływania na siebie organizmu i bakterii. Nawet zwykle spotykane na skórze gronkowce należą przeważnie do odmiany nieszkodliwej. Jednakże wśród tych odmian nieszkodliwych około 9 procent stanowią bakterie wirulentne. W świetle współczesnej wiedzy o zmienności charakteru bakterii i ich cech pod wpływem otaczającego środowiska zewnętrznego, niebezpieczeństwo tych rzekomo „nieszkodliwych" mieszkańców skóry nabiera specjalnego znaczenia.

C z a s o w a m i k r o f l o r a skóry, zwłaszcza na dłoniach, stale narażonych na zanieczyszczenie, jest szczególnie niebezpieczna. Na rękach można znaleźć powodujące groźne zakażenia przyranne: paciorkowce, (streptokokki), zjadliwe gronkowce (stafilokokki), beztlenowce (anareoby) itp. Wszystkie te drobnoustroje, dostawszy się na powierzchnię rąk, wnikają w zagłębienia skóry, w ujścia gruczołów potowych i łojowych, pod paznokcie itp., gdzie mogą utrzymywać się dłuższy czas, co utrudnia dokładne odkażenie rąk.

Osiągnięcie zupełnej jałowości rąk personelu chirurgicznego jest niemożliwe, bo przecież nie można tu stosować najskuteczniejszych metod dezynfekcji — wysokiej temperatury czy pary pod ciśnieniem. Wszelkie sposoby odkażania rąk budzą wiele zastrzeżeń, głównie dlatego, że wszystkie muszą być **całkowicie nieszkodliwe:** nie uszkadzać naskórka, nie powodować pęknięć i nie wywoływać podrażnienia naskórka, łuszczenia się, uczucia palenia ani trudnej do usunięcia czerwoności rąk.

Należy przestrzegać mniej doświadczony personel medyczny przed próbami modyfikowania, a zwłaszcza upraszczania ogólnie przyjętych metod dezynfekcji rąk, ponieważ sprawdzenie stopnia wyjałowienia rąk jest rzeczą niezmiernie trudną.

W ciągu 100 lat, od momentu praktycznego zastosowania antyseptyki, podano wiele sposobów dezynfekcji rąk. Każdy z nich można zaliczyć do jednej z trzech podstawowych metod:

1) m e c h a n i c z n e o c z y s z c z a n i e (łącznie z użyciem środków chemicznych),

2) g a r b o w a n i e s k ó r y,

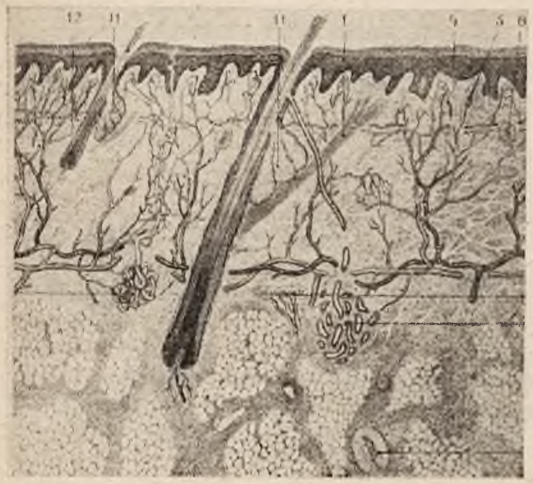
3) d z i a ł a n i e ś r o d k a m i a n t y s e p t y c z n y m i.

Jako uzupełnienie tych metod służy używanie rękawiczek gumowych, które znoszą bezpośredni kontakt rąk chirurga z raną.

Przez mechaniczne oczyszczanie rąk, obok obcięcia paznokci i usunięcie z pod nich brudu, należy rozumieć mycie rąk w ciepłej wodzie z użyciem mydła i szczotki. Woda, mydło i szczotka — to obowiązujące elementy wszystkich „klasycznych" metod chirurgicznego mycia rąk. Większość chirurgów, stosując nawet współczesne metody dezynfekcji rąk, włącza do nich choćby krótkie mycie mydłem i szczotką.

Wielką zasługą radzieckich uczonych, prof. *S. I. Spasokukckiego* i *I. G. Koczergina* jest stwierdzenie—rzecz na pozór paradoksalna, że samo my-

dło nie wystarcza, przede wszystkim dlatego, że mydło, jako słaby rozpuszczalnik tłuszczu, niedostatecznie zmywa łój ze skóry. Przy użyciu mydła zmywa się tylko brud z powierzchownych warstw skóry, zaś głębsze warstwy i pory nie oczyszczają się prawie wcale.



1) mięsień napinacz włosa, 2) powierzchowna sieć naczyniowa, 3) głęboka sieć naczyniowa, 4) wolne zakończenia nerwowe w naskórku, 5) zakończenia czuciowe — ciałka Meissnera, 6) ciałka kolbkowate Krausego, 7) wrzeciono Ruffina, 8) ciałka blaszkowate Vater-Paciniego, 9) małe gruczoły potowe, 10) duże gruczoły potowe, 11) gruczoły łojowe, 12) lanugo meszek

S. I. Spasokokucki i I. G. Koczergin podali nowy sposób mechanicznego oczyszczania skóry. Zalecają oni zmywanie 0,5% roztworem **amoniaku,** który zmydla łój skóry i rozkłada go. Tym sposobem tłuszcz ze skóry zamienia się w mydło i razem z innymi produktami rozpuszczalnymi (gliceryna, sole amonowe) łączy się z amoniakiem. Fizyko - chemiczne właściwości amoniaku zapewniają szybkie wnikanie do wszystkich szczelin skóry, nawet bez pomocy szczotki; tłuszcz znika nie tylko z warstwy rogowej naskórka, ale również ze szczelin i ujść przewodów łojowych. Z tego względu metoda Spasokokuckiego i Koczergina jest najlepszym mechanicznym sposobem oczyszczania skóry.

Metodę g a r b o w a n i a skóry zapożyczono z technologii. Garbowanie naskórka polega na wykorzystaniu działania ściągającego takich garbników, jak: tanina, formalina, spirytus itp. Wszystkie te środki działają ściągająco i wysuszająco przede wszystkim na białko protoplazmy naskórka komórek, a jednocześnie zwężają ujścia gruczołów skórnych, hamują proces wydzielania i na krótki czas unieruchomiają bakterie znajdujące się w porach skóry.

Należy przy tym jednak mieć na uwadze, że garbniki nie działają na tłuszcze i łojowa powłoka na skórze przeszkadza głębszemu ich wniknięciu.

Jednym z najsilniej działających garbników jest **tanina.** Jej stosowanie ma jednak strony ujemne, ponieważ powoduje złuszczanie naskórka i plamienie bielizny, co stanowi przeszkodę w praktyce chirurgicznej.

Formalina pomimo dużych wartości garbujących i silnego działania antyseptycznego, również nie znalazła szerokiego zastosowania, a to z powodu szybkiego działania ściągającego na powierzchnię skóry, co przeszkadza przenikaniu jej do głębszych warstw skóry. Poza tym formalina wywołuje nieprzyjemne uczucie palenia.

Obecnie w celu garbowania skóry najczęściej używa się **spirytusu.** Działanie jego jest szybkie, utrzymuje się w ciągu 1 — 3 godzin, a naskórek ulega zgarbowaniu wgłąb aż do warstwy Malpighiego. Spirytus nie niszczy rąk. Ponadto spirytus jest rozpuszczalnikiem wielu antyseptyków jak jod, anilina, itp. i w roztworach nie traci właściwości garbowania.

Stosowanie wyżej wspomnianych antyseptyków jest najstarszą metodą dezynfekcji rąk. Od dawna już znano i stosowano takie antyseptyki, jak roztwory kwasu karbolowego, sublimatu, jodynę i inne, później **— chloraminę, chloracid, anilinę** (zieleń brylantowa) itp.

Biorąc pod uwagę wszystkie środki antyseptyczne, używane przy chirugicznym myciu rąk, należy stwierdzić, że żaden z nich z osobna absolutnie nie jest dostateczny, tylko stosowane łącznie przy wzajemnym uzupełnianiu się mogą zapewnić należytą dezynfekcję.

Ogólne zasady chirurgicznego oczyszczania rąk sprowadzają się do następujących reguł:

1) przez mechaniczne mycie usunąć ze skóry wraz z pokrywającym ją tłuszczem możliwie jak największą ilość bakterii;
2) przez zadziałanie na skórę środkami chemicznymi zniszczyć znajdujące się na niej bakterie, względnie unieszkodliwić je;
3) przez garbowanie zadziałać ściągająco na powierzchnię skóry, zwęzić ujścia kanałów łojowych i potowych, umiejscowić pozostałe jeszcze bakterie i nie dopuścić do przedostawania się ich z głębszych warstw na powierzchnię.

Łącząc odpowiednio te trzy zasady osiągniemy cel, jaki przyświeca obecnie profilaktyce chirurgicznej — stworzymy na okres operacji i zabezpieczymy choćby na krótki czas, jeżeli nie całkowitą, to bodaj względną jałowość rąk personelu chirurgicznego.

Każdy z pracowników bloku chirurgicznego powinien stale chronić swe ręce od zanieczyszczeń tak w pracy szpitalnej jak i poza nią, szczególnie zaś należy wystrzegać się zetknięcia z ropą, z wydalinami chorego itp. Wszystkie opatrunki ropne, badania chorych, pobieranie do analizy kału, plwociny itp., trzeba wykonywać w gumowych rękawiczkach. Należy unikać brudnych robót domowych, względnie wykonywać je również w rękawiczkach gumowych.

Częste mycie rąk, staranne ich pielęgnowanie, ochrona przed drobnymi uszkodzeniami, jak zadrapania, ukłucia, spierzchnięcia — sprzyjają dokład-

niejszej dezyfekcji przed zabiegiem chirurgicznym.

W Związku Radzieckim spośród wielu różnych sposobów chirurgicznego mycia rąk najpopularniejsza jest wspomniana metoda Spasokukockiego i Koczergina:

1) ręce myje się wyjałowioną serwatką w ciągu 3 minut w ciepłym 0,5% roztworze amoniaku;
2) po zmianie roztworu i serwetek powtarza się mycie w ciągu 5 minut;
3) ręce wyciera się dokładnie do sucha jałową serwetką;
4) w ciągu 5 minut jałową serwetką wciera się w ręce spirytus czysty.

Roztwór amoniaku (5,0 na 1 litr wody) należy przygotować w dniu operacji, pozostawić w dużej butli, skąd w miarę potrzeby nalewać do miednic.

Gorącą i zimną przegotowaną wodę należy trzymać w przykrytych wiadrach i wlewać do miednic czystym naczyniem.

Przy myciu rąk obowiązuje reguła, aby zaczynać mycie od dłoni zważając specjalnie na paznokcie i palce, a następnie przechodzić do mycia przedramienia.

Przy zmianie roztworu amoniaku należy miednicę spłukać a jeszcze lepiej użyć świeżej. Miednice dezyfekuje się przez gotowanie w dużym kotle lub przez przepalanie spirytusem, zwracając uwagę, aby płomień objął nie tylko dno, ale i boczne ściany.

Bardzo ważnym momentem jest dokładne wytarcie rąk po umyciu, co zapewnia nie tylko osuszenie skóry, ale również usuwa złuszczony naskórek. Ręce należy wycierać w następującej kolejności; najpierw palce, potym dłoń i przedramię. Serwetki do mycia i wycierania rąk nie powinny być zbytu duże, najodpowiedniejsza wielkość — 40 x 25 cm.

Mycie rąk metodą **Alfelda.** Według tej recepty ręce myje się szczotką z mydłem w ciepłej wodzie w ciągu 10 minut, następnie osusza dokładnie serwetką i wciera w nie w ciągu 5 minut spirytus absolutny, a potem końce palców zmywa się jodyną. W czasie mycia rąk należy dwukrotnie zmieniać szczotki, uprzednia wyjałowione przez gotowanie. Mydło można używać w kawałkach lub półpłynne, przygotowane z rozgotowanego mydła.

Jak wspomnieliśmy w dobie obecnej wszystkie metody do dezynfekcji rąk wzajemnie się uzupełniają, ale z reguły wymagają użycia gumowych rękawiczek, które najlepiej zapewniają aseptykę rąk.

tłum. z rosyjsk. J. S.

Odznaczenia pielęgniarek

Z okazji święta PKWN ZŁOTY KRZYŻ ZASŁUGI otrzymała

Anna Biernacka, członek Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża.

*
* *

Z okazji 35 Rocznicy Rewolucji Październikowej szereg pracowników służby zdrowia otrzymał odznaczenia za zasługi w pracy zawodowej. Wśród odznaczonych znajdują się pielęgniarki, których wykaz podajemy poniżej.

Odznakę Ministra Zdrowia „ZA WZOROWĄ PRACĘ W SŁUŻBIE ZDROWIA" otrzymały:

Z Warszawy i woj. warszawskiego:

Krystyna Bańska, Władysława Brodowska, Józefa Chludzińska, Henryka Gawdzik, Janina Gabler, Maria Jackowska, Eugenia Jakubowska, Stefania Kelner, Helena Kowalczyk, Wanda Niedźwiecka, Stefania Nowińska, Irena Suchorab, Stanisława Szczepańska, Izabela Szczerbińska, Jadwiga Szczypiorsk, Teodozja Szymańska.

Z woj. gdańskiego —

Rozalia Grudlewska, Maria Lisowska.

Z woj. krakowskiego —

Melania Czamara, Teresa Koźmińska, Augustyna Landowska, Róża Matzner, Jadwiga Matusiewicz, Hanna Rypel, Anna Wasilewska, Janina Węglowska, Stefania Wójtowicz.

Z woj. lubelskiego —

Wiktoria Murawiecka,

Z woj. koszalińskiego —

Julia Różniatowska.

Z miasta Łodzi i woj. łódzkiego —

Helena Ciecierska, Janina Leonard.

Z woj. szczecińskiego —

Janina Lewicka, Janina Mieczkowska, Sława Pocztaruk.

Korespondenci piszą

... z Krakowa

W dniach 12 i 13 listopada rb. odbyła się w Krakowie wojewódzka narada dyrektorów szpitali i przełożonych pielęgniarek. Przełożone złożyły na naradzie sprawozdania, w których omówiły m. in. warunki bytowe pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym woj. krakowskiego, sprawę szkolenia młodszych pielęgniarek, stosunek pielęgniarek dyplomowanych do młodszych itp.

Przełożone pielęgniarek w swoich sprawozdaniach zgodnie stwierdziły, że młodsze pielęgniarki stanowią w szpitalach pozycję wartościową, wkład ich pracy jest duży, mają staranne przygotowanie, właściwy stosunek do pracy i chorego, są zdyscyplinowane. Niektóre z młodszych pielęgniarek w uznaniu dobrej pracy zostały wyznaczone na stanowiska samodzielne, a nawet kierownicze.

Opinia przełożonych o pracy młodszych pielęgniarek niewątpliwie budzi zadowolenie, natomiast trzeba podkreślić, jako zjawisko ujemne, że w stosunku szpitali do młodych pielęgniarek tkwi zasadnicze nieporozumienie.

Wiele szpitali zapomina, że młodsza pielęgniarka nie jest siłą pełnokwalifikowaną: jej odpowiedzialność za pracę jest ograniczona, bowiem jej przygotowanie teoretyczne i praktyczne, jakie posiada, nie jest jeszcze pełne. Pracę młodszych pielęgniarek w szpitalach powinno się — według intencji Ministerstwa Zdrowia — traktować jako płatną praktykę, to też obowiązkiem zarówno dyrekcji szpitala, jak i przełożonych pielęgniarek oraz organizacji działających na terenie zakładu, jest roztoczenie nad młodszymi pielęgniarkami troskliwej opieki. Zadaniem szpitala jest praktyczne i teoretyczne przeszkalanie młodszych pielęgniarek według instrukcji i programu Ministerstwa Zdrowia. Przeszkolenie to powinno być przygotowaniem młodszej pielęgniarki do wojewódzkiego kursu, na którym pogłębi swoje wiadomości, co umożliwi jej zdanie pielęgniarskiego egzaminu państwowego.

Wiele szpitali województwa krakowskiego nie spełnia tych zadań. Zarówno szkolenie młodszych pielęgniarek, jak i opieka nad nimi w sensie bytowym pozostawia jeszcze wiele do życzenia.

O ile — jak to wynika ze sprawozdań przełożonych pielęgniarek — w Szpitalach powiatowych województwa krakowskiego na ogół stosunek do młodszych pielęgniarek jest właściwy, o tyle szpitale miasta Krakowa mają w stosunku do nich wiele przewinień.

Szpitale powiatowe poza kilkoma wyjątkami w większości prowadzą szkolenie młodszych pielęgniarek, zapewniają im możliwie dobre warunki bytowe i opiekę władz szpitalnych, organizacji społecznych, lekarzy i pielęgniarek dyplomowanych.

Natomiast w szpitalach m. Krakowa należy zanotować wiele wypadków niewłaściwego stosunku do młodszych pielęgniarek, brak opieki nad nimi, oraz karygodne nieprzestrzeganie instrukcji Ministerstwa.

×

Największym szpitalem Krakowa jest Państwowy Szpital Kliniczny A. M. W Szpitalu tym pracuje 149 młodszych pielęgniarek i 56 przyuczonych Warunki, w jakich pielęgniarki te mieszkają, urągają wszelkim zasadom higieny. Barak, który służy pielęgniarkom za mieszkanie, ocieka wilgocią, jest zapluskwiony oraz brak w nim pomieszczenia, gdzie pielęgniarki mogłyby odpoczywać po dyżurach nocnych. Wspólne zaś sale w których mieszka po 20—30 pielęgniarek, wypoczynku tego nie zapewniają.

Nieodpowiedni jest także stosunek Szpitala do sprawy szkolenia młodszych pielęgniarek, które się w zasadzie nie odbywa. Bezpośrednią przyczyną tego, jak podają władze szpitalne jest brak frekwencji na wykładach. W czterech wypadkach lekarze nie wygłosili wykładów, ponieważ na szkoleniu nie zjawiła się ani jedna pielęgniarka.

Przełożona Państwowego Szpitala Klinicznego, ob. Baranowa zwołała specjalną naradę z udziałem pielęgniarek, przedstawicieli władz szpitalnych, Partii i organizacji społecznych dla wyjaśnienia przyczyny braku frekwencji młodszych pielęgniarek na wykładach. Narada ta nie wyjaśniła dostatecznie tej przyczyny, której należy szukać w niewłaściwym stosunku sióstr oddziałowych do zagadnienia szkolenia. Teoretycznie w Państwowym Szpitalu Klinicznym szkolenie odbywa się w godzinach 13—15, zmiana pracy pielęgniarek następuje o godz.14, szkolenie więc obejmuje ostatnią godzinę pierwszej zmiany i pierwszą godzinę zmiany następnej. Tak więc przynajmniej połowa pielęgniarek w momencie szkolenia znajduje się w całkowitej dyspozycji oddziałowych. W wielu wypadkach stwierdzono, że oddziałowe *nie chcą* zwalniać z pracy młodszych pielęgniarek na szkolenie. Nie bez winy zapewne są także i same młodsze pielęgniarki, które nie zawsze doceniając wagę i konieczność dokształcenia się.

Należy dokładnie przeanalizować wszystkie przyczyny, dla których młodsze pielęgniarki Państwowego Szpitala Klinicznego w Krakowie nie uczęszczają na wykłady i przyczyny te usunąć. Przełożona pielęgniarek PSK zażądała od młodszych pielęgniarek pisemnego zobowiązania, że będą regularnie uczęszczać na szkolenie; należałoby jednak równocześnie zobowiązać siostry oddziałowe do umożliwienia młodszym pielęgniarkom tego szkolenia.

Postanowiono, iż od 1 stycznia 1953 r. Państwowy Szpital Kliniczny ma rozpocząć systematyczne szkolenie młodszych pielęgniarek w trzech grupach po 50 osób.

Pielęgniarki Szpitala przy ul. Skawińskiej, stanowiącego część Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, szkolą się wspólnie z koleżankami Państwowego Szpitala Klinicznego, z konieczności dzielą więc ich los. Szkolenie tzw. „trójkowe" przebiega pomyślnie zarówno w Szpitalu Klinicznym, jak i Szpitalu przy ul. Skawińskiej.

*

W Szpitalu Trynitarskim, będącym Oddziałem Państwowego Szpitala Klinicznego, szkolenie młodszych pielęgniarek odbywa się systematycznie, natomiast nie widać wysiłków w kierunku poprawy warunków mieszkaniowych pielęgniarek, które mieszkają po 6—7 w bardzo wilgotnych pokojach.

*

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, przy ul. Prądnickiej 80 szkolenie młodszych pielęgniarek nie odbywa się. Szpital ten nie dysponuje odpowiednią salą demonstracyjną. W ramach zobowiązań z okazji wyborów do Sejmu personel pielęgniarski z Przełożoną pielęgniarek przygotował i wyposażył salę demonstracyjną w jednym z pomieszczeń szpitalnych, ale dyrekcja szpitala salę tę obecnie zajęła znowu dla innych celów.

*

Krakowski Oddział H-14 zatrudnia 34 młodsze pielęgniarki. Pielęgniarki mieszkają tu w nieodpowiednich warunkach: zajmują 2 sale baraku pozbawionego urządzeń sanitarnych, brak także warunków dla wypoczynku po dyżurach nocnych. Szkolenie na oddziale H-14 odbywa się systematycznie i jest na ukończeniu. Szkolenie to jest jednak jednostronne, specjalizacyjne. Istnieje konieczność kolejnego przenoszenia młodszych pielęgniarek z oddziału H-14 do szpitali mających wszystkie oddziały.

*

Najlepsze warunki mieszkaniowe mają pielęgniarki w szpitalu przy ul. Narutowicza. Zajmują kilkuosobowe pokoje — suche. czyste, zaopatrzone w bieżącą wodę i centralne ogrzewanie. Szkolenie młodszych pielęgniarek w tym szpitalu odbywa się systematycznie i planowo. W sierpniu br. zakończono szkolenie w zakresie „półrocza B" we wrześniu rozpoczęto szkolenie w zakresie „półrocza A".

I ten Szpital nie ustrzegł się jednak od popełnienia błędów: młodsze pielęgniarki pracują tutaj na jednym oddziale rok i dłużej, nie przechodząc w zaplanowanym przez Ministerstwo Zdrowia czasie z oddziału na oddział.

*

Błąd ten popełniło wiele innych szpitali na terenie woj. krakowskiego. Wymaga to gruntownej rewizji i zmiany. Praktyka młodszej pielęgniarki musi być wszechstronna. Młodsza pielęgniarka musi przejść przez wszystkie oddziały szpitala, jej praca w szpitalu jest bowiem drogą zdobycia praktyki i wiadomości teoretycznych, niezbędnych do zdania egzaminu państwowego.

Takie rozumienie obowiązków Służby Zdrowia wobec młodszych pielęgniarek każe przenosić je z jednego oddziału na inny, z lecznictwa zamkniętego — do otwartego, celem umożliwienia im zdobycia pełnych kwalifikacji.

(kam)

... z Warszawy

Stołeczny Szpital nr 7 na Żoliborzu mieści się w budynkach nieprzystosowanych do potrzeb szpitalnych. Siedzibę szpitala stanowią dwa budynki: b. czynszowa 3-piętrowa kamienica oraz b. willa mieszkalna; w tej ostatniej mieści się oddział wewnętrzny, w budynku dużym — oddziały pozostałe.

O ile w byłej willi są znośne warunki lokalowe, a co za tym idzie warunki pracy personelu, w budynku dużym są one bardzo uciążliwe. W wąskim, typowo pionowym budynku, o wysokości 3½ piętra, mieści się kilka oddziałów, aparaty Rentgena, sala operacyjna, kuchnia itp. Stwarza to konieczność dużej ruchliwości personelu. konieczność obsługiwania przez pielęgniarki kilku kondygnacji zmniejsza znacznie wydajność pracy pielęgniarki.

Na dwóch kondygnacjach budynku Szpitala nr 7 mieści się oddział laryngologiczny, na kondygnacji trzeciej — oddział chirurgii dziecięcej. Te trzy kondygnacje obsługują 4 pielęgniarki. Jedna z nich ma przeważnie dzień wolny, jedna więc pracuje rano, druga po południu, trzecia w nocy. Częstokroć obecność pielęgniarki na oddziale laryngologicznym przedłuża się ze względu na stany pooperacyjne, mali pacjenci na chirurgii pozostają wówczas bez opieki. Jest to niepokojące szczególnie w nocy, kiedy w szpitalu pracuje tylko personel dyżurny. Pielęgniarkę zatrzymaną na oddziale laryngologicznym denerwuje świadomość, że dzieci pozostają w tym czasie bez opieki.

Ze względu na specyficzne warunki lokalowe Szpitala nr 7 wydaje się konieczne zwiększenie w tym wypadku etatów pielęgniarskich.

W Szpitalu nr 7 pracuje 8 młodszych pielęgniarek. Dr F. Kanabus i ob. Maria Paszkowska, dyrektor społeczno - wychowawczy oraz przełożona pielęgniarek kol. Irena Suchorab, jak również dyplomowane pielęgniarki Szpitala wyrażają się o pracy młodszych pielęgniarek z całym uznaniem. Młodsze pielęgniarki w Szpitalu nr 7 pracują chętnie, z zamiłowaniem i ofiarnością. Są zdyscyplinowane i przejawiają duże ambicje w podnoszeniu swych kwalifikacji.

Kol. Jadwiga Kazimirska, która ukończyła kurs PCK w 1950 r. i w kwietniu tegoż roku podjęła pracę w Szpitalu nr 7, marzy jak się wyraża, o zdaniu egzaminu państwowego. Nie ogranicza się jednak do marzeń. Uczęszcza pilnie na szkolenie, stara się podnieść swe kwalifikacje, rozumiejąc dobrze, że kurs PCK był dopiero wstępem do zdobycia pełnych kwalifikacji pielęgniarskich.

Młodsza pielęgniarka, Jadwiga Kazimierska nie stanowi wyjątku wśród swych koleżanek w Szpitalu nr 7, wszystkie bowiem systematycznie uczęszczają na szkolenie. W Szpitalu zakończono pierwsze półrocze wykładów, w tej chwili rozpoczęto program II półrocza. Jak więc widać, personel szpitala podszedł z całą troską do zagadnienia opieki nad młodszą pielęgniarką. Szkolenie odbywa się tu w godzinach innych, niż w większości szpitali, a mianowicie w godzinach 6 — 8 po zakończeniu dyżuru nocnego. Szkolenie praktyczne przechodzą młodsze pielęgniarki Szpitala nr 7 na wszystkich oddziałach.

Szpital nr 7 na warszawskim Żoliborzu cieszy się wśród pacjentów zasłużoną dobrą opinią. Staranna i miła opieka pielęgniarek, czystość oraz doskonała opieka lekarska zyskały sobie wśród pacjentów właściwe uznanie. Personel szpitala, starając się zwalczać trudności napotykane w pracy, z których najpoważniejsze są lokalowe, cieszy się myślą, że nie potrwają już one długo. Na potrzeby Szpitala nr 7 zostanie wybudowany na Bielanach nowoczesny budynek, którego część zostanie oddana do użytku już w połowie 1954 roku.

(km)

W księgarniach i kioskach

DR. WINCENTY KAMIŃSKI — Ratownictwo w nagłych wypadkach. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1951, str. 154, cena 6.30 zł.

Wiele pielęgniarek bierze czynny udział w masowym szkoleniu sanitarnym ludności, bądź to prowadząc samodzielnie wykłady ratownictwa, bądź też przeprowadzając ćwiczenia praktyczne z tego zakresu. Dla jednych i drugich celów wielką pomocą będzie podręcznik dr Kamińskiego o ratownictwie w nagłych wypadkach.

Autor w sposób jasny i przystępny opisuje objawy różnorodnych urazów i podaje wskazówki, dotyczące udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Oprócz przypadków urazowych książka omawia również przypadki nieurazowe i poucza, jak postępować przy krwotokach z poszczególnych narządów wewnętrznych, w ostrych zaburzeniach ośrodkowego układu nerwowego (napad padaczki, histeryczny, udar mózgowy), w ostrych schorzeniach narządów jamy brzusznej (kolka nerkowa, wątrobowa itp.) oraz klatki piersiowej.

Mając na uwadze, że w szkołach pielęgniarstwa i na kursach pielęgniarek PCK ratownictwo podawane jest w dość szczupłym zakresie, wszystkim pielęgniarkom przyda się bardzo przypomnienie i uzupełnienie wiadomości, wchodzących w zakres ratownictwa i udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

DR R. SEMKOW I DR E. WALKOWSKA — Co wiemy o wirusach i chorobach wirusowych? Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1952, str. 97, cena 3 zł.

W serii wydawnictw „Wiedza i Zdrowie" ukazała się niezwykle ciekawa broszurka o wirusach, zawierająca bardzo wiele wiadomości o tych drobnoustrojach, które wywołują tak groźne choroby trapiące ludzkość jak: grypa, odra, wścieklizna, ospa, choroba Heinego - Mediny, zapalenie opon mózgowych, świnka i inne. Pisana stylem popularnym, broszura omawia rozwój historyczny badań nad wirusami, kolejne etapy odkryć, opisy żmudnych doświadczeń, uwieńczonych poznaniem cech charakterystycznych wirusów, oraz stworzenia metody sztucznej hodowli tych drobnoustrojów.

Najsilniejsze i najbardziej dokładne mikroskopy optyczne nie pozwalały na wykrycie przepuszczalnych wirusów i dopiero dzięki wynalazkowi mikroskopu elektronowego udało się zobaczyć te „niewidzialne", a tak groźne nie tylko dla ludzi, ale również dla zwierząt i roślin, istnienia.

Autorzy w sposób przystępny podają zasady budowy mikroskopu optycznego i elektronowego, który jedynie może określić wielkość wirusów (w milionowych częściach milimetra!).

Opisy poszczególnych chorób, wywołanych „bakteriami przesączalnymi" zawierają historię ich poznania, nazwiska uczonych, którym ludzkość zawdzięcza odkrycia szczepień ochronnych, oraz wiadomości o drogach szerzenia się zakażeń i zasady zapobiegania chorobom wirusowym.

Broszurka przeznaczona dla szerokiego ogółu wyjaśnia niektóre, mniej znane określenia medyczne ułatwiając zrozumienie całości.

Obok chorób wirusowych atakujących ludzi, autorzy opisują schorzenia wirusowe roślin, które mogą doprowadzić do zniszczenia całych plantacji (np. tytoniu).

Broszurka uzupełnia wyjaśnienie istoty bakteriofagów tj. wirusów, które niszczą bakterie.

Całość czyta się jak najciekawszą powieść, od której trudno się oderwać. Broszurkę tę polecamy bardzo naszym Czytelniczkom.

J. S.

KOLEŻANKI!

nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. **ADMINISTRACJA:** Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".

Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, **CENY OGŁOSZEŃ:** cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Zakł. Graficzne Wyd. MON, W-wa. Zam. Nr 6388 4-B-10551